

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

FATORES QUE INFLUENCIAM  
A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL:  
CONTRIBUTOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA

FACTORS THAT INFLUENCE PROFESSIONAL SATISFACTION AND EMOCIONAL INTELLIGENCE:  
CONTRIBUTIONS FOR THE IMPLEMENTATION OF A CLINICAL SUPERVISION MODEL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado orientada pela:  
Professora Doutora Cristina Barroso  
E coorientada pelo  
Professor Doutor António Luís Carvalho

Maria Isabel Esteves Campos Cruz

PORTO|2018



### **Dedicatória**

A todos os meus amigos  
pelo apoio nos momentos mais difíceis,  
que permitiram levar este projeto a bom porto,  
em especial à minha família.  
A vós meus filhos Beatriz, Alexandra e Afonso.  
Obrigada pelo apoio, estímulo e incentivo!



## Agradecimentos

Agradeço a todos os que de alguma forma contribuíram para que a realização deste trabalho fosse possível. Em especial à minha família, marido e filhos, cuja ajuda foi imprescindível.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Cristina Pinto e ao meu coorientador Professor Doutor Luís Carvalho, incansáveis na disponibilidade e apoio ao longo deste caminho. A todos os investigadores do projeto e aos enfermeiros participantes no estudo. Aos que comigo colaboraram e contribuíram para a conclusão deste trabalho...

O meu bem hajam!



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACeS** – Agrupamento de Centros de Saúde

**CIT** - Contrato Individual de Trabalho

**CS** – Centro de Saúde

**C-S2AFECARE-Q** – Projeto de investigação da ESEP com o título: “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados”

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**ESEP** – Escola Superior de Enfermagem do Porto

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**QI** – Coeficiente de Inteligência

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SC** – Supervisão Clínica

**SCE** – Supervisão Clínica em Enfermagem

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**ULSM** – Unidade Local de Saúde de Matosinhos





## RESUMO

Atualmente, a Supervisão Clínica aplica-se a todas as áreas da enfermagem, constituindo uma resposta às necessidades formativas, relacionando-se com a qualidade dos cuidados através do desenvolvimento de competências clínicas e assistenciais com base na reflexão sistemática, sendo indispensável no desenvolvimento das competências profissionais, melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. A satisfação profissional dos enfermeiros e as suas capacidades de inteligência emocional, foram identificadas como indicadores sensíveis à supervisão clínica em enfermagem.

O estudo, do tipo descritivo-correlacional, foi realizado nos meses de outubro a dezembro de 2017 e insere-se no projeto de investigação "Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados" (C-S2AFECARE-Q) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), que visa definir um modelo de aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências na área da supervisão e da promoção da qualidade de cuidados prestados aos utentes. A amostra é do tipo intencional, constituída por 44 enfermeiros da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM).

O presente estudo pretendeu caracterizar a satisfação profissional dos enfermeiros, e as suas capacidades de inteligência emocional, bem como estas variáveis se relacionam com as variáveis sociodemográficas e profissionais, de forma a identificar estratégias de supervisão clínica promotoras do desenvolvimento das mesmas, com o intuito de legitimar aspetos que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

O instrumento utilizado foi um questionário autopreenchido, composto por duas partes distintas: a primeira de caracterização sociodemográfica e profissional, a segunda integra a "Escala de Satisfação Profissional dos Enfermeiros" do Documento Normativo da ULSM, n.º 2482.1 e a "Escala de Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros" Vilela (2006), atualmente designada de "Escala Veiga Branco da Competência Emocional". As escalas apresentaram bons índices de consistência interna (alpha de Cronbach de 0,964 e 0,931 respetivamente).

Os participantes são maioritariamente mulheres (90,9%), com uma idade média de  $34,11 \pm 7,49$  anos, com  $10,7 \pm 7,4$  anos de experiência profissional e 50% possui experiências anteriores de SC.

Os resultados alcançados conduziram-nos às seguintes ilações:

Os enfermeiros têm elevadas capacidades de inteligência emocional ( $\bar{X} = 402,53 \pm 39,55$ );

encontram-se moderadamente satisfeitos a nível profissional ( $\bar{X} = 58,69 \pm 13,81$ );

Consoante aumenta a sua idade diminui a satisfação profissional, nomeadamente, na melhoria da qualidade ( $r = -0,353$ ;  $p = 0,022$ );

A satisfação profissional (melhoria qualidade) diminui conforme aumenta o tempo de experiência profissional ( $r = -0,313$ ;  $p = 0,044$ );

A experiência anterior de SC não tem poder explicativo sobre as Capacidades da Inteligência Emocional e a Satisfação Profissional dos enfermeiros.

Considera-se importante ter um olhar mais atento para os resultados do estudo, por forma a priorizar a SCE como ferramenta de desenvolvimento e contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, principalmente através da melhoria dos seus níveis de Satisfação Profissional e desenvolvimento das suas Competências Emocionais.

**Palavras chave:** Enfermagem; Supervisão Clínica; Satisfação Profissional; Capacidades da Inteligência Emocional; Competência Emocional



## ABSTRACT

Currently, Clinical Supervision applies to all the areas of nursing. It creates a response to training needs, relates to the quality of care providence through the development of clinical skills and assistance based on systematic reflection. Is indispensable to the development of professional skills and the improvement of quality and safety of care providence. The Nurses' professional satisfaction and their emotional intelligence skills were identified as pertinent indicators for clinical supervision in nursing.

The descriptive-correlational study was carried out from October to December 2017 and is part of the "Clinical Supervision for Safety and Quality of Care Providence" (C-S2AFECARE-Q) research project in Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). The objective of this study is to define a model to deepen knowledge and develop skills in the area of supervision and promotion of the quality of care provided to the patients. The study sample is of the intentional type and consists of 44 nurses from the Matosinhos Local Health Unit (ULSM).

The present study aimed to characterize the nurses' professional satisfaction and their emotional competency skills as well as how these variables are related to sociodemographic and professional variables in order to identify clinical supervision strategies which promote development of those skills, aiming to legitimize aspects which may contribute to the improvement of the quality of care provided by nurses.

The instrument used was a self-reported questionnaire, consisting of two distinct parts: the first part - sociodemographic and professional characterization, the second incorporates the "Nurses' Professional Satisfaction Scale" of ULSM Normative Document No. 2482.1 and the "Nurses' Emotional Intelligence skills Scale" Vilela (2006). The scales showed good internal consistency (Cronbach's alpha of 0.964 and 0.931 respectively).

The participants were mostly women (90.9%), with an average age of  $34.11 \pm 7.49$  years, with  $10.7 \pm 7.4$  years of professional experience and 50% had previous SC experiences.

The results obtained led to the following conclusions:

Nurses have high levels of emotional intelligence ( $\bar{X} = 402.53 \pm 39.55$ );

are moderately satisfied at the professional level ( $\bar{X} = 58.69 \pm 13.81$ )

As their age increases, their professional satisfaction decreases, namely, in quality improvement ( $r = -0.353$ ;  $p = 0.022$ );

Professional satisfaction (quality improvement) decreases as the period of professional experience increases ( $r = -0.313$ ;  $p = 0.044$ );

Previous experience of SC has no justifiable power over the Emotional Intelligence skills and nurses' Professional Satisfaction.

It is considered important to take a closer look at the results of this study, in order to prioritise the SCE as a tool of development and contribution to the improvement of quality of nursing care, mainly through enhancement of their levels of professional fulfilment and the development of their emotional skills.

**Keywords:** Nursing; Clinical Supervision; Professional Satisfaction; Emotional Intelligence skills; Emotional Competence



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	17
1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM (SCE) .....	19
1.1. Origem e conceito.....	19
1.2. Fases do processo supervisivo e competências do supervisor .....	23
1.3. Estratégias de Supervisão Clínica .....	26
2. A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL.....	29
2.1. Satisfação profissional nos enfermeiros .....	29
2.2. Fatores intervenientes na satisfação profissional.....	32
3. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL .....	39
3.1. Origem e conceito.....	40
3.2. Capacidades de IE .....	44
3.3. Capacidades da IE em enfermeiros .....	48
CAPÍTULO II– PERCURSO METODOLOÓGICO .....	51
4. MÉTODO .....	53
4.1. Conceptualização do estudo.....	53
4.2. Tipo de estudo .....	55
4.3. Finalidade e objetivos do estudo .....	55
4.4. Questões de investigação .....	56
4.5. Hipóteses .....	56
4.6. Variáveis .....	56
4.6.1 Variáveis Dependentes.....	57
4.6.2. Variáveis Independentes .....	58
4.7. População e amostra .....	59
4.8. O instrumento de colheita de dados .....	59
4.9. Análise psicométrica dos instrumentos utilizados .....	59
4.10. Aspetos éticos.....	61
4.11. Planeamento do tratamento estatístico dos dados.....	62
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	65
5.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	65
5.2. Caracterização socioprofissional da amostra .....	66



5.3. Caracterização das capacidades de inteligência emocional da amostra .....	70
5.4. Caracterização da satisfação profissional da amostra .....	73
6. ANÁLISE INFERENCIAL .....	77
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	87
8. CONCLUSÃO .....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	93
ANEXOS .....	99

## **ANEXOS:**

**ANEXO I:** Instrumento de colheita de dados

**ANEXO II:** Carta de Parceria entre a ULSM e a ESEP

**ANEXO III:** Solicitação ao Conselho de Administração da ULSM para a implementação do estudo “Autocuidado como indicador de supervisão clínica em enfermagem: Contributo para a segurança e qualidade dos cuidados”

**ANEXO IV:** Adenda ao Protocolo interinstitucional para integrar novos investigadores

**ANEXO V:** Autorização da Comissão de Ética Hospitalar

**ANEXO VI:** Autorização dos autores da Escala





## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo o género .....	65
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo o grupo etário .....	66
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo tempo de exercício profissional .....	67
<b>Tabela 4</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo o título profissional .....	67
<b>Tabela 5</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo as habilitações académicas .....	68
<b>Tabela 6</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo a situação jurídica de emprego .....	68
<b>Tabela 7</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo o serviço onde desempenham funções ..	69
<b>Tabela 8</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo que desempenham funções no atual serviço .....	69
<b>Tabela 9</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo experiência anterior supervisor clínico ...	70
<b>Tabela 10</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo se tem formação em supervisão clínica em enfermagem.....	70



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Modelo da competência emocional, adaptado de Goleman (2000 pp. 34-35)...	43
<b>Quadro 2</b> - Consistência interna da escala de capacidades de inteligência emocional .....	60
<b>Quadro 3</b> - Consistência interna da escala de satisfação profissional.....	61
<b>Quadro 4</b> - Estatística descritiva referente a idade dos enfermeiros.....	66
<b>Quadro 5</b> - Estatística descritiva referente ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros .....	66
<b>Quadro 6</b> - Estatística descritiva referente ao tempo de serviço dos enfermeiros no atual serviço.....	69
<b>Quadro 7</b> - Estatísticas descritivas dos resultados da escala de capacidades de inteligência emocional .....	71
<b>Quadro 8</b> - Ordenação das estratégias de supervisão clínica que os enfermeiros consideram como um contributo para potenciar/otimizar as capacidades de inteligência emocional ....	72
<b>Quadro 9</b> - Análise de conteúdo das recomendações/sugestões dos enfermeiros, no sentido de potenciar/otimizar as suas capacidades de inteligência emocional .....	73
<b>Quadro 10</b> - Estatísticas descritivas dos resultados da escala de satisfação profissional.....	74
<b>Quadro 11</b> - Análise de conteúdo das recomendações/sugestões dos enfermeiros no sentido de aumentar a qualidade/satisfação no seu local de trabalho.....	75
<b>Quadro 12</b> - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a satisfação profissional dos enfermeiros e a sua idade.....	77
<b>Quadro 13</b> - Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, ao género e a satisfação profissional dos enfermeiros .....	78
<b>Quadro 14</b> - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a satisfação profissional dos enfermeiros e o tempo de experiência profissional.....	79
<b>Quadro 15</b> - Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, a satisfação profissional dos enfermeiros e a sua experiência anterior de supervisão clínica .	80
<b>Quadro 16</b> - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a idade dos enfermeiros e as suas capacidades de inteligência emocional .....	81



<b>Quadro 17</b> - Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, ao género e às capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros.....	82
<b>Quadro 18</b> - Coeficiente de Correlação de Pearson entre as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros e o tempo de experiência profissional.....	83
<b>Quadro 19</b> - Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros e a sua experiência anterior de supervisão clínica .....	84
<b>Quadro 20</b> - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a satisfação profissional dos enfermeiros e as suas capacidades de inteligência emocional .....	85



## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1-</b> Modelo da competência emocional, adaptado de Goleman (2000, p.34-35;2003, p.63-64).....	45
<b>Figura 2</b> - Escala das capacidades de inteligência emocional .....	58





## INTRODUÇÃO

Enfermagem é hoje uma profissão socialmente reconhecida, distinta de todas as outras que coexistem no Sistema Nacional de Saúde, sendo regulamentada pelo Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) segundo o Decreto-Lei nº124/98 de 12 de agosto, que surge como resposta à crescente especificidade e complexificação do trabalho em enfermagem. O REPE é considerado como uma das marcas evolutivas da profissão, que veio permitir o reconhecimento do papel e do estatuto dos enfermeiros nos domínios da qualidade e da eficácia/eficiência na prestação de cuidados.

A qualidade, é uma exigência incontornável na atualidade em todos os ramos da atividade humana (Garrido, Simões e Pires, 2008).

Em saúde, a qualidade é uma tarefa multiprofissional, na qual os enfermeiros exercem um papel fundamental. Sendo um dos pressupostos prioritários definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), a qualidade refere-se à adoção de uma política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2007), que faz parte dos padrões de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é uma área que se tem vindo a desenvolver nos últimos anos e centra-se em áreas sensíveis dos cuidados, nomeadamente na segurança e qualidade, no desenvolvimento de competências e no suporte aos enfermeiros (Macedo, 2012).

A SCE constitui um método impulsionador do desenvolvimento dos profissionais, sendo através deste que se estimula a aprendizagem e o crescimento das suas habilidades pessoais e profissionais. Considera-se que pode conferir suporte para a qualidade dos cuidados, através da estimulação da prática reflexiva, do desenvolvimento das capacidades e conhecimentos, permitindo a autorreflexão.

Segundo Rocha (2013) é crucial que se desenvolva mais investigação na área, com o intuito de se obterem evidências que estabeleçam e comprovem a existência de uma relação efetiva entre a implementação de programas de supervisão e um maior desenvolvimento

profissional e responsabilização pelas práticas exercidas, resultando numa maior segurança dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, em melhores resultados clínicos.

Em Portugal, a OE definiu o conceito de SC como *"um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica"* (OE, 2010, p.5), atribuindo-lhe significado no contexto do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional.

Ao promover-se o desenvolvimento das capacidades de inteligência emocional e das competências profissionais dos enfermeiros para a prestação de cuidados de excelência, pretende-se contribuir para o seu desenvolvimento pessoal e exercício profissional melhorando, desta forma, a qualidade de cuidados prestados, podendo esta alteração da prática profissional traduzir-se em ganhos ao nível da recuperação clínica dos clientes (Rocha, 2017).

A satisfação profissional dos enfermeiros e as suas capacidades de inteligência emocional, foram identificadas como indicadores sensíveis à supervisão clínica em enfermagem. Estes, poderão estar relacionados com a eficácia e a eficiência da supervisão clínica em enfermagem (Koivu et al., 2012).

Este estudo insere-se no projeto de investigação "Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados" (C-S2AFECARE-Q ) integrado na Unidade Científico Pedagógica de Formação & Gestão em Enfermagem. É um projeto da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) que visa definir um modelo de aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências na área da supervisão e da promoção da qualidade de cuidados prestados aos utentes.

Atualmente, o C-S2AFECARE-Q é um projeto que conta com parcerias estabelecidas entre a ESEP e três hospitais da região do Porto. Envolve um leque alargado de investigadores que dão sustentabilidade ao projeto e visa contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados, através da implementação de um modelo de supervisão clínica, sustentado nas necessidades dos enfermeiros – Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC). O desenho do projeto envolve 3 fases: i) fase I ou fase de diagnóstico; ii) fase II ou fase da implementação do MSCEC; e, iii) fase III ou fase de reavaliação da implementação do modelo.

Este estudo, insere-se na fase I da parceria estabelecida entre a ESEP e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), especificamente com os serviços de "Medicina M" e "Medicina

E”, baseando-se no diagnóstico de situação para os indicadores de supervisão sensíveis aos cuidados de enfermagem – satisfação profissional e capacidades de competência emocional.

Foram reconhecidos como objetivos deste estudo:

- Identificar a satisfação profissional dos enfermeiros dos serviços de “Medicina M” e “Medicina E” da ULSM;
- Identificar as capacidades de inteligência emocional que os enfermeiros dos serviços de “Medicina M” e “Medicina E” da ULSM possuem;
- Identificar as estratégias de supervisão clínica promotoras do desenvolvimento das capacidades de inteligência emocional e da satisfação profissional dos enfermeiros dos serviços de “Medicina M” e “Medicina E” da ULSM;
- Identificar aspetos que possam contribuir para a melhoria da qualidade nos enfermeiros dos serviços de “Medicina M” e “Medicina E” da ULSM.

Metodologicamente, optamos por efetuar um estudo descritivo e correlacional, de natureza quantitativa. Como diagnóstico de situação, pretendemos descrever e classificar a satisfação profissional dos enfermeiros, bem como identificar as suas capacidades de competência emocional num único momento no tempo, assim como, o estabelecimento de relações hipotéticas entre algumas variáveis.

Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário, destinado à totalidade dos enfermeiros dos respetivos serviços.

A apresentação deste estudo inicia-se com a fundamentação teórica que nos permitiu a compreensão e aprofundamento do objeto de estudo. Primeiramente, é abordada a SCE enquanto estratégia promotora da qualidade dos cuidados e de desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Segue-se uma abordagem da inteligência emocional e das capacidades da competência emocional, bem como, da satisfação profissional, enquanto indicadores sensíveis à supervisão clínica e enfermagem.

Seguidamente são explorados os métodos adotados para a concretização do estudo, nomeadamente: a sua conceptualização e tipo de estudo, as questões de investigação, os objetivos e hipóteses, a população, o planeamento do tratamento dos dados e as questões éticas.

Finaliza-se com a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, expondo seguidamente as conclusões provenientes do estudo desenvolvido.



## CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



## **1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM**

A SCE refere-se a um processo promotor do desenvolvimento dos profissionais, sendo através deste que se estimula a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal e profissional. Considera-se que pode conferir suporte para a qualidade dos cuidados, através da estimulação da prática reflexiva, do desenvolvimento das capacidades e conhecimentos, permitindo a autorreflexão.

Atualmente, a SCE aplica-se a todas as áreas da enfermagem, constituindo uma resposta às necessidades que surgem ao longo dos processos formativos, relacionando-se com a procura e o suporte da qualidade dos cuidados através do desenvolvimento de competências clínicas e assistenciais com base numa reflexão sistemática sobre os saberes e sobre as práticas. Aplica-se no acompanhamento de alunos em contexto clínico, no processo de integração de enfermeiros recém-formados, na formação em contexto de trabalho, mas também no acompanhamento dos próprios enfermeiros (Abreu, 2002).

### **1.1. Origem e conceito**

As primeiras estratégias de SCE, reportam ao período áureo da cultura islâmica, em que os processos de supervisão clínica (SC) acompanhavam o que hoje poderíamos caracterizar de avaliação institucional ou mesmo certificação profissional (Garrido et. al., 2008).

O desenvolvimento da supervisão aconteceu a nível mundial e foi determinado por fatores diversos como por exemplo a evolução académica e estatutária da profissão e do próprio sistema de cuidados de saúde. Na Europa, o desenvolvimento da SCE tem constituído um processo mais moroso, desenvolvendo-se a ritmos diferentes nos diversos países (Abreu, 2002).

Nos anos trinta, foram várias as escolas norte americanas que desenvolveram o conceito de supervisão em enfermagem, como forma de promoção da qualidade nas práticas profissionais.

Na Europa, foi apenas no início dos anos noventa, que o debate sobre SC se aprofundou, mais concretamente no sistema de saúde britânico, após o conhecimento do caso Allit (Abreu,

2007). Nessa época, houve uma mobilização geral que exigiu uma política de estímulo, apoio e acompanhamento sistemático dos profissionais de saúde. Estava implícita a noção de responsabilidade profissional e de proteção dos clientes, como forma de aumentar a segurança das práticas em situações de elevado grau de complexidade.

A partir desse acontecimento, foram verificados grandes esforços organizacionais para incrementar a prática da supervisão nas organizações de saúde em diversos países, tendo em vista a proteção dos padrões de qualidade dos cuidados e a monitorização do desempenho profissional (Macedo, 2012).

Em Portugal, Alarcão e Tavares foram os primeiros autores, que na década de oitenta, se dedicaram ao estudo da área da supervisão, no âmbito da formação de professores, tendo por base dois intervenientes: um professor experiente e um estudante ou professor menos experiente, que era acompanhado e ajudado pelo primeiro (Abreu, 2007). Posteriormente, o conceito foi sendo cada vez mais usado fora da área pedagógica, tendo sido alargado essencialmente à área da saúde. Nesta área, a utilização do termo supervisão é complexa pois pode reportar-se à supervisão dos cuidados, dos pares, da gestão ou de estudantes em formação, entre outros (Abreu, 2007).

Sá-Chaves (1994), enquadrando a supervisão numa perspetiva evolutiva baseada em múltiplos cenários, fala na existência de um cenário integrador e no conceito de supervisão não standard, enquanto ato contextualizado, único, biunívoco que permite, em *“função da constatação das diferenças individuais, grupais e contextuais, elaborar respostas múltiplas e diferenciadas para poderem cobrir a pluralidade evidente das subjetividades do real”* (2000, p. 188). A supervisão é, então, um processo orientado para o desenvolvimento pessoal e profissional, promotor e facilitador do desenvolvimento de competências necessárias para que o indivíduo possa ser um profissional reflexivo.

Nas organizações de saúde, constituiu um contributo importante para o reconhecimento da pertinência da SC e, que de alguma forma a impulsionaram, foi o início dos programas de Acreditação hospitalar, os quais impuseram mudanças nas instituições, nomeadamente na reorganização dos processos, na mobilidade de profissionais, cujo objetivo maior é o alcance de metas e objetivos predefinidos, além da melhoria permanente e contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Para Abreu (2002), a nível nacional terão sido três os marcos mais importantes que impulsionaram a valorização do processo de supervisão no contexto da enfermagem: o movimento da educação permanente, na década de 70, os estudos acerca dos fatores que



envolvem a qualidade dos cuidados de enfermagem e os processos de certificação da qualidade.

Embora em Portugal o conceito de supervisão fosse frequentemente referenciado à prática pedagógica na formação inicial de professores e educadores (Alarcão, 1987), no caso da enfermagem, este conceito, apesar de já ter uma longa tradição, nos contextos da prática clínica ganhou progressivamente maior visibilidade social em 2009, aquando das discussões sobre o exercício profissional tutelado, promovidas pela Ordem dos Enfermeiros acerca do Modelo de Desenvolvimento Profissional.

A supervisão em enfermagem é um amplo conceito, na medida em que tem recebido uma variedade de definições, muitas vezes semelhantes entre si, outras vezes complementares e algumas vezes divergentes, dependendo dos valores, convicções e interesses das pessoas envolvidas e, ainda, do contexto em que a supervisão é desenvolvida (Macedo 2012).

Apesar do conhecimento sobre supervisão clínica ter evoluído rapidamente nos últimos anos, ainda persistem divergências entre os profissionais de enfermagem sobre a sua natureza, não existindo uma definição universalmente aceite sobre o tema (Garrido *et.al.*, 2008). No entanto, os autores, definem a SCE como:

*“(...) um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa as práticas clínicas, e um supervisor clínico em enfermagem. Envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática, permitindo aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões, bem como promover a inovação na prática clínica”* (Garrido *et al.*, 2008).

Progressivamente este conceito foi evoluindo, graças também à evolução dos contextos e do incremento trazido pela formação. Atualmente, predomina a convicção de que o objetivo primordial da supervisão reside na ajuda e apoio ao trabalhador para que este realize melhor o seu trabalho. Que o envolva ativamente na definição das suas metas e objetivos e no planeamento de estratégias para os alcançar (Macedo, 2012).

Segundo Macedo (2012), leituras mais atentas realizadas por estudiosos, neste domínio, chamam a atenção para os primeiros textos americanos sobre supervisão. Há sinais que revelam que a supervisão era originalmente prevista na enfermagem.

Com o desenvolvimento de vários estudos nesta área, podemos constatar que supervisão não corresponde a um simples ato de coordenar ou inspecionar, relacionando-se com o desenvolvimento e crescimento dos profissionais, nomeadamente os enfermeiros, através de uma perspetiva facilitadora de orientação e aconselhamento.

Segundo Macedo (2012) citando vários autores, a supervisão é entendida como um processo amplo, complexo, educativo, que inclui exame, avaliação, assessoria, informação e intercâmbio dinâmico de conhecimentos e experiências, procedimentos que envolvem a intersubjetividade, e, portanto, múltiplas formas de perceber, de sentir, de reagir e de interpretar situações. Estas interpretações algo confusas, sobrepõem-se a outras que afirmam que a SC é um processo de ajuda e suporte emocional, onde existe um espaço e um tempo protegidos para facilitar a reflexão profunda sobre a prática clínica.

A SCE fomenta a tomada de decisão autónoma do enfermeiro, com o recurso a processos de reflexão e análise da prática clínica, procurando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados prestados (Royal College of Nursing, 2003).

A mesma fonte refere que a SC é uma importante ferramenta de governação clínica, uma vez que melhora a qualidade, assegura a gestão do risco e do desempenho e, cria sistemas de responsabilidade. Fornece uma abordagem estruturada sobre a reflexão profunda sobre a prática clínica, o que leva a melhoria da qualidade dos cuidados e contribui para a gestão do risco clínico.

Abarca atualmente todas as áreas da enfermagem, sendo uma resposta às necessidades ao longo dos processos formativos, estando estreitamente relacionada com a procura e o suporte da qualidade dos cuidados através do desenvolvimento de competências clínicas e assistenciais com base numa reflexão sistemática sobre os saberes e sobre as práticas. Consequentemente, abrange o acompanhamento dos alunos em contexto clínico, assim como o processo de integração de enfermeiros recém-formados, com a formação em contexto de trabalho e o acompanhamento dos próprios enfermeiros (Abreu, 2002).

Maia e Abreu (2004, p. 8) consideram a

*“supervisão clínica um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional”.*

Alguns autores, como por exemplo Bishop (1994) e outros, citados por Macedo (2012), referem ainda alguma resistência por parte dos profissionais de enfermagem à implementação da SC, referindo que esta falta de interesse deverá ser tida em conta, embora a resistência seja uma componente inevitável do processo de mudança.

Este processo, poderá ser influenciado por aspetos como uma cultura que desencoraja a expressão pública da emoção, ou uma perceção da SC como uma ferramenta de monitorização, inspeção, controlo, ou uma visão em que a relaciona com uma forma de terapia pessoal, ou ainda uma continua falta de clareza no que diz respeito aos objetivos da supervisão (Macedo, 2012).

Assistimos atualmente a um conjunto de mudanças de natureza tecnológica, legal e cultural que alteraram as funções, a responsabilidade social e a estrutura das organizações de saúde. Estas alterações estão na base do debate atual sobre SCE, enquanto estratégia de promoção da satisfação profissional, segurança e qualidade dos cuidados.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros definiu o conceito de SC como *"um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica"* (Ordem dos Enfermeiros, 2010 p.5), atribuindo-lhe significado no contexto do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional.

O desenvolvimento da SCE permite interrogar e dar visibilidade a novas modalidades de formação no contexto de trabalho. É assim, um processo multidimensional que inclui encontros regulares entre supervisores e supervisados, com o objetivo de analisar experiências de trabalho e de formação, permitindo a autorreflexão e autoconstrução profissional.

É unanime, atualmente assume-se a SCE como um processo indispensável para o desenvolvimento das competências profissionais dos enfermeiros e, da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

## **1.2. Fases do processo supervisivo e competências do supervisor**

O processo supervisivo, Segundo Abreu (2002), é composto por uma parte técnica que se divide em três fases: a inicial de integração das partes envolvidas em que existe uma focalização no supervisado, no processo que irá decorrer e nas técnicas a utilizar. Esta fase caracteriza-se pelo elevado nível de dependência do supervisado para com o supervisor, devido à sua insegurança e desconhecimento do processo supervisivo. É nesta fase que são estabelecidos os objetivos, após o diagnóstico das situações relevantes. O supervisado vai desenvolvendo atividades em torno de uma ideia do seu supervisor.

Ainda durante esta fase, a autoestima do supervisionado vai aumentando pelas próprias características do supervisor. À instituição compete facultar oportunidades de formação externa em ações de formação e dar apoio no sentido de proporcionar tempo que permita melhorar o controle emocional através da fomentação de momentos informais entre supervisor e supervisionado. Ao supervisor compete, preparar o caminho a seguir: conhecer as características do profissional, integrar, demonstrar, apoiar e encorajar. Ele (supervisor) deve também ser conhecedor do contexto, estar bem integrado nele e ser considerado pelos pares como um perito, uma vez que só assim conseguirá desempenhar o seu papel com qualidade.

A fase seguinte, passa pela realização/experimentação (Abreu, 2002) e é caracterizada pelo ensino, pela prática e pela experiência. Nesta fase, a segurança, a motivação e as capacidades críticas aumentam. O supervisor aconselha determinadas práticas ou reflete com o supervisionado sobre elas. Neste período é normal o aparecimento de conflitos de ideias, nomeadamente sobre questões éticas, pelo que a função do supervisor passa por gerir emoções, promovendo a autonomia, diminuindo a insegurança do supervisionado, avaliando a forma como o conhecimento é aplicado e promovendo a integração das práticas e dos saberes decorrentes.

A última fase, a fase de autonomia ou de processamento (Abreu, 2002), caracteriza-se pela reflexão sobre todo o processo, descrevendo a experiência, efetivando uma análise crítica e procedendo a uma avaliação dos resultados. O supervisionado, demonstra uma independência gradual em relação ao supervisor, as suas capacidades de distanciamento crítico e analítico vão aumentando até um elevado nível de desenvolvimento de competências individuais. O supervisor observa, aproximando-se ou afastando-se das situações, consoante as necessidades. Nesta fase, existe uma maior partilha na relação supervisiva, em que o supervisor é mais um companheiro do dia-a-dia, do que uma figura intimidante.

Nesta fase, o supervisor, deve pensar na supervisão como um processo dinâmico e centrar a sua atenção nas dimensões estruturadas da qualidade no processo de cuidados. Deve ainda promover estratégias de pensamento crítico não descurando, porém, o desenvolvimento de um agir ético.

Do exposto, podemos inferir que o supervisor clínico deverá reunir um conjunto de características específicas, de forma a que todo o processo supervisivo se desenvolva positivamente e lhe permita ser competente na realização da sua função enquanto supervisor.

Nos contextos da prática, o supervisor deve ser encarado como aquele enfermeiro que, para além de orientar, consegue avaliar as necessidades de formação e dar suporte emocional, promove e participa em processos de mudança, incentiva as boas práticas, promove a autorreflexão e desenvolve processos de reflexão ação sobre o seu papel enquanto supervisor (Abreu, 2002).

Sendo a SCE um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro (menos experiente) que executa práticas clínicas e um supervisor clínico (perito em enfermagem), este relacionamento deve basear-se na confiança e respeito mútuo. A relação entre supervisor e supervisionado exige que o supervisor transmita não só o seu conhecimento e experiência, mas também, que transmita um conjunto de atitudes baseadas nos valores profissionais, só assim se pode desenvolver uma prática que permitirá ao supervisionado estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica.

Segundo Garrido et al. (2008) os supervisores clínicos devem ser profissionais experientes que após terem sido submetidos a programas de formação específicos, têm a responsabilidade de supervisionar futuros profissionais. O autor cita um estudo realizado por Franco (2000), onde refere como qualidades fundamentais dos supervisores: boa formação, motivação, conhecimentos, competência, bom relacionamento interpessoal, experiência profissional e disponibilidade.

Abreu (2002), reforça esta ideia dizendo que um supervisor se caracteriza por possuir conhecimentos especializados, ter formação específica para desenvolver e fazer evoluir o processo supervisivo e possuir capacidades formativas, sendo que, na medida do possível, deve ser sempre escolhido pelo supervisionado.

As características do supervisor são consideradas por diversos autores, como fundamentais para o sucesso e qualidade do processo supervisivo. Num estudo de natureza prospetiva realizado por Blumberg (1976) citado por Alarcão et al. (2007), sobre as diferenças entre o supervisor real e o supervisor ideal, este último era definido como um indivíduo aberto, disponível, de contactos fáceis, humanos e flexíveis, com o qual seria agradável trabalhar, repleto de conhecimentos e recursos que colocaria à disposição dos supervisionados. O mesmo autor refere ainda, que o supervisor dito ideal incita aos supervisionados um papel ativo na resolução dos problemas, promovendo discussões conjuntas de forma alcançar soluções apropriadas.

Para Garrido et al. (2008), segundo a sua experiência prática das reflexões efetuadas em grupos de trabalho realizadas em cursos de pós-graduação e em ações de formação para

supervisores clínicos realizadas em diversas instituições, foram identificadas algumas qualidades pessoais e profissionais que o supervisor clínico deve possuir, tais como: empatia, autoestima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação e de análise e boa comunicação. Ao nível das características profissionais referem essencialmente a competência técnica, a responsabilidade, a liderança, o planeamento e a organização dos cuidados.

O mesmo autor, referindo um estudo de 2003, afirma que os inquiridos afirmam não apreciarem supervisores demasiado flexíveis ou permissivos, desorganizados, que revelem pouca capacidade de liderança e que tenham baixo nível de exigência. Também pouco apreciadas pelos supervisados são a falta de diálogo, a incapacidade na gestão de conflitos e na realização da supervisão, a incompetência técnica e a falta de objetividade. O autor acrescenta ainda que existem muitos profissionais que assumem o papel de supervisor sem estarem conscientes da responsabilidade desse ato e dos requisitos por ele exigidos (Garrido et al., 2008).

Segundo Munson (2002), citado por Garrido (2004), os supervisores deveriam possuir ou estarem disponíveis para desenvolver certas características, tais como: gostar de ensinar os outros, saber fazer sugestões indiretas, ter paciência, saber planejar efetivamente, ter uma atitude positiva quando esperam respostas a questões e explicarem as ações, saber discutir problemas organizacionais de modo construtivo, saber tolerar quando os outros cometem erros, saber criticar e aceitar a crítica, saber trabalhar em equipa e gerir efetivamente o processo.

Neste sentido e do exposto, compreendemos a complexidade do papel de ser supervisor e das características pessoais que deve possuir, considerando que tais constituem fatores determinantes no êxito da formação de futuros profissionais de saúde.

### **1.3. Estratégias de Supervisão Clínica**

O estudo, desenvolvimento e aplicação de diferentes estratégias de supervisão, tem vindo a ser ampliado ao longo de décadas. Em Portugal, Sá Chaves (2000), reportando-se ao tema, refere que os seus estudos apontam para a confirmação da competência reflexiva, passando de níveis elementares, de reflexão de tipo técnico, para níveis metacognitivos (de autoanálise crítica) e metapráticos (de autocontrolo). Salienta ainda, relativamente às estratégias que sustentam os resultados dos seus estudos, a importância fulcral das estratégias de

desenvolvimento curricular, enquanto criadoras de envolvimento estimulante, a gestão diferenciada das estratégias de mediação (supervisão específica e estratégica) e ainda, a função única de um tipo de mediação supervisiva paralela que, não apresentando uma intencionalidade estratégica de natureza formativa, aparece como uma interação generosa, construída na solidariedade que se estabelece na relação horizontal intranúcleo ou intraescola.

Alarcão e Tavares (2007, p.100), definem estratégia como um *“(...) plano de ação pelo qual se escolhe, organiza e gere as atividades, com vista a atingir um objetivo”*.

Algumas estratégias de supervisão são identificadas por Alarcão e Tavares (2007) e Garrido et al. (2008), onde se destacam o diálogo reflexivo, a análise documental, os portfólios reflexivos, a demonstração e a observação, que implica uma atitude objetiva e rigorosa, proporcionando a recolha de informação e a sua organização. São também identificadas como estratégias de supervisão relevantes na formação de profissionais competentes a nível reflexivo, a formulação de questões reflexivas, a análise de casos, a demonstração e a auto supervisão, através da qual o indivíduo adquire conhecimento acerca de si próprio e da sua atuação.

Corroborando esta opinião, Pinto et al (2017), refere que a supervisão deve basear-se em estratégias como a observação, demonstração, feedback e metodologias de suporte, favorecendo a reflexão para o crescimento e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades do supervisionado. O uso destas estratégias, permite ao supervisor objetivamente planejar, organizar e avaliar seu desempenho e objetivos do supervisionado, apoiando e contribuindo para o sucesso da supervisão das práticas.

Para Garrido et al. (2008), estas estratégias não devem ser mutuamente exclusivas, elas complementam-se, pelo que o supervisor tem o dever de averiguar cada uma, tendo por base: os objetivos, a individualidade de cada supervisionado e o contexto temporal e físico em que se desenrola a situação. É relevante neste contexto, que os supervisores desenvolvam a capacidade de se questionarem continuamente sobre qual ou quais as melhores estratégias a adotar face à singularidade da situação em questão, pois, só assim estarão a contribuir para o desenvolvimento do supervisionado.

Podemos inferir que, apesar de alguma diversidade de estratégias de SC propostas pelos autores referidos, a determinação e seleção das mesmas, terá de respeitar a especificidade de cada supervisionado, a sua maneira de ser, de estar e de se relacionar. Os contextos reais da

prática supervisiva em que supervisor e supervisionado se inserem, não poderão também ser descorados nesta preferência.



## **2. A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL**

O desenvolvimento científico e tecnológico a que assistimos atualmente, leva a que a satisfação profissional seja um construto de relevante importância tanto para as organizações como para as pessoas que dela fazem parte ou dependem. A satisfação profissional refere-se aos sentimentos e estado emocional que as pessoas detêm sobre os seus locais de trabalho e sobre as relações comunicacionais que nele estabelecem e influencia o bem-estar, tanto físico como emocional, traduzindo-se em maior ou menor produtividade, valor tão significativo atualmente no mundo da industrialização.

Ao pretendermos encontrar uma definição global para satisfação profissional verificamos que subsiste uma complexidade de conceitos.

Para Caetano (2007) a satisfação no trabalho é um conceito com várias dimensões, incluindo geralmente a satisfação com os colegas de trabalho, a remuneração, as condições de trabalho, a supervisão, a natureza do trabalho e os benefícios.

A satisfação profissional poderá, ainda, ser definida como o grau de realização de objetivos, valores, necessidades e expectativas profissionais (Graça, 1999). Para Castro et al. (2011) este é um construto difícil de operacionalizar porque parte de avaliações subjetivas, muito pessoais e individuais.

### **2.1. Satisfação profissional nos enfermeiros**

Para Oliveira et al. (2017), a satisfação no trabalho reflete diretamente a visão do trabalhador sobre o seu trabalho, da sua equipa e da sua vida. Refere-se, portanto, ao profissional que está satisfeito com o seu trabalho, que realiza as suas atividades com prazer e não por obrigação.

Num estudo realizado por Hoffman (2000), foram identificados como elementos importantes para a satisfação profissional dos enfermeiros a remuneração, a autonomia e o *status* profissional.

Segundo o autor, existem fatores negativos adicionais no ambiente da prática de cuidados que interferem com a satisfação profissional dos enfermeiros tais como a sobrecarga de

trabalho e o cuidado de pessoas próximo da morte. Estes fatores podem resultar em consequências negativas não só para os enfermeiros como para a instituição de saúde e podem levar a um aumento de acidentes, absentismo e *burnout*; fatores muitas vezes responsáveis pelo abandono da profissão. Acrescenta ainda que de forma a diminuir estes fatores, muitas vezes as instituições de saúde usam como estratégia a rotatividade de postos de trabalho, contudo para além do aumento das despesas em termos de saúde, a rotatividade tem revelado pior qualidade no atendimento do cliente (Hoffman, 2000).

Num estudo realizado em África do Sul com enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde existe grande escassez de recursos humanos, Bester et al. (2009), referem que a satisfação profissional é essencial para as instituições de saúde, desempenhando um papel crucial na determinação da qualidade dos serviços. No seu estudo os investigadores identificaram como principais fatores da insatisfação profissional, por ordem de grandeza:

I) Carga de trabalho – Os enfermeiros possuem cargas de trabalho excessivas e pressões no tempo que dispõem para os cuidados, que se manifestam numa incapacidade de tratar todos os clientes no tempo disponível. Este fator é agravado pela falta de pessoal que obriga a que os enfermeiros trabalhem muitas horas fazendo turnos longos (turnos seguidos), horas extras, e cujos rácios enfermeiro/cliente são baixos, levando a que os enfermeiros não disponham do tempo necessário para completar as tarefas. Acresce ainda alguma pressão exercida para implementar uma variedade de programas, tendo em conta a escassez de pessoal.

II) Recursos limitados – Alguns equipamentos, camas, medicamentos e outros recursos financeiros são limitados e, por vezes, escassos.

III) Falta de reconhecimento da administração e a falta de comunicação com a gestão - Para os enfermeiros é importante receber *feedback* e apoio quer dos órgãos de gestão quer dos próprios supervisores. Um aspeto que lhes causava insatisfação era o facto de sentirem que eram excluídos das decisões que afetavam diretamente as suas condições de trabalho acrescido do facto dos supervisores por vezes os tratarem injustamente.

IV) Conflito entre colegas

V) Queixas e críticas por parte dos clientes

VI) Escassa formação profissional proporcionada pela instituição

Castro et al. (2011 p.171), referem as principais razões que condicionam a satisfação profissional dos enfermeiros nos CSP, particularmente num Centro de Saúde (CS) do norte de Portugal, concluindo que:

*“a) apesar de esta ser uma profissão com grande tradição feminina, os elementos do sexo masculino apresentam níveis de satisfação laboral superiores; b) os enfermeiros estão satisfeitos com as interações humanas positivas que se estabelecem com os utentes e insatisfeitos com as recompensas que recebem pelas funções que exercem; c) os enfermeiros que trabalham nas extensões não se sentem adequadamente protegidos contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica, a que estão expostos nem tão pouco consideram existir uma política efetiva de proteção da saúde e da segurança dos profissionais que ali trabalham; d) os enfermeiros com cargos acrescidos, que exigem deles outras competências, responsabilidades de decisão e uma maior especificidade no trabalho, apresentam maior satisfação profissional e uma menor disposição para deixar o seu trabalho; e) a precariedade da situação laboral dos enfermeiros contratados transforma-se num importante fator de insatisfação profissional; f) os fatores que condicionam positivamente os níveis de satisfação laboral dos enfermeiros estão intimamente ligados às relações que encetam com os utentes aos quais prestam cuidados; e, por fim, g) os fatores que influenciam negativamente os índices de satisfação profissional dizem respeito à atual política laboral que, face à atual conjuntura económica nacional, tem restringido o acesso dos enfermeiros a vínculos de longo prazo e reduzido os aumentos salariais”.*

Em Portugal, Carvalho (2014), afirma que os recursos humanos são um dos aspetos fundamentais das organizações de saúde. Para alcançar o sucesso, qualquer organização deverá valorizar o capital humano. As organizações de saúde deverão criar condições que promovam a satisfação profissional e, por conseguinte, a qualidade e a segurança dos cuidados. Esta autora concluiu que os fatores sociodemográficos não influenciam de forma significativa o nível de satisfação profissional encontrado. Contudo, a satisfação profissional dos enfermeiros é claramente afetada pelos fatores organizacionais, como o vencimento, a disponibilidade de equipamento, o número de enfermeiros existentes face à quantidade de trabalho, a circulação da informação e a comunicação entre profissionais. Refere ainda que, os profissionais que apresentam níveis de satisfação elevados, prestam cuidados de maior qualidade, apresentam uma maior produtividade, com consequente redução dos custos associados aos cuidados. De forma contrária, os profissionais expostos ao stress e à sobrecarga de trabalho apresentam sinais de fadiga e exaustão, diminuição na produtividade, qualidade e segurança dos cuidados que prestam e apresentam um maior absentismo laboral.

Segundo Correia (2016) alguns estudos mostram pouca diferenciação entre motivação para o trabalho e satisfação no e com o trabalho, no entanto, nem sempre os conceitos são coincidentes. Um profissional pode sentir satisfação com o trabalho, porque este lhe oferece

um conjunto de sentimentos e emoções positivas, não proporcionando necessariamente motivação para o desempenho profissional. Um profissional motivado para o trabalho tende a desenvolver comportamentos no sentido de alcançar determinados objetivos, que o satisfazem. Schneider (1985, Cit. por Cunha et al., 2007, p.179), distingue motivação de satisfação afirmando que a *“satisfação diz respeito às avaliações/afetos sobre objetos/condições/resultados (...)”* enquanto que a motivação se refere ao *“desenvolvimento de comportamentos esforçados e persistentes no sentido do alcance de objetos/condições/resultados”*.

Oliveira et al. (2017), acerca da satisfação profissional num bloco operatório em Portugal, concluíram que os enfermeiros apresentam baixos níveis de satisfação profissional e que esta condiciona o seu desempenho profissional. Neste trabalho, foram identificados vários fatores relacionados entre si, necessários para obter satisfação no trabalho e, consequentemente, boa qualidade de vida. O componente de autonomia foi considerado o mais importante em termos de satisfação profissional, seguida pela interação, remuneração, requisitos do trabalho, normas organizacionais e, finalmente, o *status* profissional.

## **2.2. Fatores intervenientes na satisfação profissional**

A satisfação profissional é apresentada na generalidade, como um sentimento e forma de estar perante a profissão. No contexto da psicologia a satisfação no trabalho é considerada como a atitude geral da pessoa face ao seu trabalho e depende de vários fatores psicossociais. Existem ainda outros conceitos que se referem à satisfação no trabalho como sinónimo de motivação ou como estado emocional positivo.

Reportando-se aos profissionais de saúde, em Portugal, vem regulamentada na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) onde se evidencia que, deve ser alvo de avaliações periódicas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), paralelamente à satisfação dos utentes, à qualidade dos cuidados de enfermagem e da eficiente utilização dos recursos. Claro que definir satisfação e avaliá-la é de difícil operacionalização, pelo facto de ser multifatorial e multidimensional.

A especificidade da profissão de enfermagem, determina o interesse atual pela satisfação profissional dos enfermeiros, por diversas razões. A enfermagem é uma classe profissional que lida com pessoas mais ou menos vulneráveis, com forte componente de interação

humana, onde o sofrimento do outro, habitualmente está presente e encontra-se de forma implícita ou explicitamente associada ao desempenho assistencial, que se espera, seja de excelência. As organizações de saúde, esperam que os trabalhadores mais satisfeitos sejam mais produtivos.

Na literatura, tem sido encontrada uma variedade de características pessoais que têm efeitos significativos na satisfação profissional dos enfermeiros, incluindo o sexo, a idade, o estado civil, os filhos e as habilitações académicas. Outros determinantes da satisfação profissional, que também podem ser úteis na avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros, incluem as diferentes características laborais dos funcionários, tal como o local trabalho, horário de trabalho, tipo de horário, tipo de vínculo, responsabilidade de supervisão, relações interpessoais/ comunicação, funções de gestão, especialidade e tempo de serviço.

Alguns artigos de revisão sobre satisfação no trabalho identificam as relações interpessoais e a prestação de cuidados com qualidade (Utriainen & Kyngäs, 2009), as condições físicas de trabalho, remuneração, promoções, segurança no trabalho, responsabilidade e horários de trabalho (Lu et al., 2005) como fatores condicionantes da satisfação no trabalho.

Spector (1997), tendo por base a revisão de instrumentos de avaliação da satisfação profissional, identificou as seguintes dimensões: valorização, comunicação, colegas de trabalho, benefícios adicionais, condições de trabalho, natureza do trabalho em si, natureza da própria organização, políticas organizacionais e procedimentos, remuneração, crescimento pessoal, oportunidades de promoção, reconhecimento, segurança e supervisão (Lu et al., 2005).

As boas relações interpessoais e a correta comunicação entre enfermeiros e os seus pares são condições indispensáveis para a existência de um sentimento de satisfação profissional, segundo Richard et al. (2012). Desta forma, é imprescindível que, em cada organização, se criem ambientes de trabalho que apostem no apoio social aos profissionais, dado que melhora o rendimento e reduz o nível de stress (Correia, 2016).

No estudo de Cunha et al. (2006) as variáveis que influenciam a satisfação foram divididas em individuais e organizacionais. Segundo estes autores a satisfação no trabalho deve ser entendida como a resposta a um conjunto de fatores percebidos pelos indivíduos como mais ou menos ajustados às suas expectativas. As variáveis individuais podem ser divididas em demográficas e diferenças individuais. As organizacionais mais frequentemente envolvem fatores como o salário, o trabalho, as perspetivas de evolução na carreira, o estilo de chefia, os colegas e as condições físicas (Carvalho, 2014).

Sabemos, também, que o enfermeiro encontra, frequentemente, sérias dificuldades no relacionamento com a equipe médica e com os seus supervisores de enfermagem, conflitos existentes por dificuldades de articulação das equipas, que têm como consequências a insatisfação laboral. Acreditamos que, se as barreiras de comunicação entre enfermeiros e entre estes e os seus chefes fossem eliminadas, melhoraria de forma substancial a sua satisfação profissional (Correia, 2016).

No estudo de Carvalho (2014) acerca da satisfação profissional dos enfermeiros em CSP, relativamente ao seu superior hierárquico, os enfermeiros classificam-na maioritariamente como muito boa e regular.

Várias pesquisas demonstram que o líder de uma equipa de enfermagem deve ter algumas habilidades de liderança, tais como o conhecimento, experiência, confiança, capacidade de trabalhar em equipa, de resolver problemas, autodesenvolvimento, relacionamento interpessoal, comprometimento e respeito entre a equipa e saber ouvir (Simões, 2004).

É de considerável relevância a forma como os profissionais consideram o seu superior hierárquico, bem como o relacionamento que com ele estabelecem, e que de alguma forma influenciará a sua satisfação profissional.

Num outro estudo, realizado também em CSP, por Ferreira, (2011) procurou verificar-se quais as dimensões da satisfação profissional que têm um papel preditor maior, na satisfação profissional global, verificando-se que a escala *Qualidade na Prestação dos Cuidados* e a faceta *Superior Hierárquico*, foram as dimensões que apresentaram as maiores contribuições relativas, para explicar o comportamento da intenção de turnover, indicando assim diminuição da satisfação profissional.

Chu et al. (2003) encontraram relações significativas entre a satisfação profissional e o envolvimento no trabalho, afetividade positiva e negativa, autonomia, justiça distributiva e processual, stress no trabalho, oportunidade de promoção, rotinização e apoio social.

Por seu lado, Seo et al. (2004) encontraram relações significativas com a afetividade positiva e negativa, o apoio de supervisão, o vencimento, a rotinização, a carga e oportunidades de trabalho.

Pereira (2010), citando Scher (2006) refere que o bom relacionamento com os colegas no local de trabalho, sobretudo os da mesma equipa, constitui um determinante da satisfação laboral. A mesma autora refere ainda que Morrison (2008), na sua investigação, concluiu, que o relacionamento negativo com os colegas é fator de menor satisfação profissional e,

simultaneamente, menor envolvimento e comprometimento do enfermeiro com a organização. Também Cunha et al. (2007) corroboram esta ideia ao afirmar que um profissional ao desenvolver a atividade laboral num ambiente social agradável, pode servir como uma fonte de bem-estar e apoio, apresentando maior satisfação no meio laboral.

Freitas (2006) identifica cinco fatores estratégicos considerados importantes pelos profissionais para a satisfação. De entre eles, refere o bom relacionamento entre os colegas e o ambiente de confiança e respeito (Cerdeira 2010).

Numa revisão integrativa da literatura, que pretende analisar as evidências científicas sobre a satisfação no trabalho em equipas de enfermagem no Brasil, Melo, et al. (2011), menciona como fatores de satisfação no trabalho: gostar do que faz, inserção numa proposta inovadora, reconhecimento pelo trabalho realizado, qualidade dos serviços prestados, apoio espiritual e relacionamento no trabalho. Em contrapartida, entre os fatores de insatisfação identificados, cita a falta de integração entre os membros da equipe.

Outro estudo resume nove grandes áreas que, de acordo com Baker (2002), influenciam a satisfação profissional, sendo elas: motivação, necessidade de realização profissional, estrutura profissional inicial, consideração do líder, autonomia, feedback, variedade do trabalho, identidade da tarefa e desempenho de tarefas significativas (Cerdeira, 2010).

Boas condições de trabalho, bom relacionamento com os colegas, ambiente de confiança e respeito, reconhecimento do trabalho realizado e bom relacionamento com os superiores, constituem os cinco fatores estratégicos, considerados importantes pelos profissionais para a satisfação (Freitas 2006, citado por Cerdeira, 2010).

Para Ferreira e Sousa (2006) a satisfação profissional dos enfermeiros é condicionada por diversos fatores nomeadamente: escassa autonomia dos profissionais; indefinição das tarefas; elevada pressão a que estão submetidos; sobrecarga de trabalho; falta de apoio do supervisor; poucas expectativas de carreira e desenvolvimento profissional; deficiente reconhecimento pessoal e profissional e a ausência da melhoria dos cuidados de saúde prestados.

É também referido que ambientes de trabalho inseguros se associam a fatores como a pressão e stress elevado, falta de apoio dos gestores e colegas, falta de controlo sobre a prática, horário de trabalho inadequado, liderança e dotações desajustadas. Os enfermeiros, quando repetidamente expostos a estes fatores, apresentam níveis mais elevados de fadiga

e de exaustão, diminuição da produtividade, da motivação e, simultaneamente, apresentam um aumento do absentismo e da insatisfação profissional (Carvalho, 2014).

Por outro lado, as condições de trabalho assentam em múltiplos fatores que não os meramente físicos, mas também o ambiente psicossocial, que detêm implicações decisivas para a saúde física, mental e social do enfermeiro (Graça, 1999).

As condições das instituições hospitalares, bem como as referentes ao exercício em CSP, quando inadequadas levam ao desgaste físico e emocional, baixa remuneração e desprestígio social. Melhorar todas as condições de trabalho no que concerne à sua organização, formação continua, relações humanas, condições técnicas, horário e remuneração, são as principais necessidades apontadas como motivadoras de satisfação e realização pelos enfermeiros (Marziale, 2001). Um ambiente de trabalho seguro, com luminosidade adequada, salubre e com ferramentas apropriadas ao desenvolvimento das funções, acaba por ser um ambiente motivador à prática de bons cuidados (Moura, 2012).

A melhoria das condições de trabalho não só melhora o bem-estar dos enfermeiros, como poderá melhorar previsivelmente a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à segurança no emprego, Graça (1999) refere-se à mesma, como sendo uma garantia de estabilidade em relação à função/cargo que o enfermeiro desempenha. A verdade é que esta temática anda de mãos dadas com o contexto político e económico. O SNS tem sofrido várias alterações, e com grandes contenções de custos, com especial enfoque ao nível dos recursos humanos. De uma forma geral, a distribuição de doentes, as condições de espaço, os requisitos de material e equipamento, as relações de trabalho e os riscos a que estão sujeitos os enfermeiros, são fatores apontados como motivadores de insatisfação laboral (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Ferreira (2011) procurou verificar quais as dimensões da satisfação profissional que têm um papel preditor maior, na satisfação profissional global e na intenção de turnover e constatou que a escala *Melhoria Contínua da Qualidade*, bem como as *Características Laborais e Local de Trabalho e Equipamento* foram dimensões da satisfação profissional que apresentaram um papel preditor na satisfação global.

Nolan et al. (1995), aplicaram o Job Satisfaction Questionnaire e identificaram como fatores dominantes que influenciam a satisfação dos enfermeiros: a capacidade percebida de prestação de bons cuidados de saúde e boas relações com os colegas de trabalho (Lu et al. 2005).



Para Tovey e Adams (1999) as principais fontes de insatisfação dos enfermeiros incluíam as relações de trabalho, especialmente aquelas com a gestão, falta de pessoal, as preocupações profissionais com os baixos padrões de qualidade dos cuidados e a pressão de trabalho externa (Lu et al 2005).

Segundo Cura e Rodrigues (1999), o reconhecimento, a responsabilidade e a autonomia são fatores intrínsecos que aumentam os níveis de satisfação dos enfermeiros para o exercício da profissão.

O trabalho em equipa é considerado dos melhores incentivos, assim como o aumento da autonomia, da responsabilidade e do melhor ambiente de trabalho (ambiente de suporte e de solidariedade), o que poderá aumentar a satisfação profissional (Santos et al., 2007 citado por Cerdeira, 2010).

Num estudo realizado num Agrupamento de Centro de Saúde (ACeS) da região norte de Portugal, Carvalho (2014) relaciona a satisfação com a melhoria contínua da qualidade, onde a maioria dos enfermeiros a classifica como boa ou muito boa.

Um dos pressupostos prioritários definidos pela OE, diz respeito à política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2007).

O Royal College of Nursing (2003) refere a SCE, como uma importante ferramenta de governação clínica, uma vez que melhora a qualidade, assegura a gestão do risco e do desempenho e, cria sistemas de responsabilidade.

O conhecimento da satisfação profissional pode, por isso constituir um método para identificar problemas ou oportunidades de melhoria que se repercutem na qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de enfermagem.



### 3. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Sabemos hoje, que possuir uma grande inteligência, não é particularidade que assegure sucesso ou êxito!

Nos últimos anos muito se tem debatido e escrito sobre o conceito de “Inteligência Emocional” (IE), trazido para a ribalta pelo psicólogo Daniel Goleman, que em 1995 lançou a primeira edição do seu livro “Inteligência Emocional”, um livro não científico e de narrativa jornalística, que constituiu um *best-seller* internacional e que revolucionou e popularizou o conceito de IE ao demonstrar que esta, era de maior relevância para o sucesso da vida das pessoas, do que a inteligência cognitiva. A obra de Goleman que originou múltiplas edições seguidas, traduzida em várias línguas, graças ao seu sucesso pelo caráter único, alterou a maneira como apreendemos a excelência pessoal e o sucesso. Foi antecedida de várias publicações do mesmo autor, no *The New York Times*, sobre ciências do comportamento.

O atual conceito da IE, atribui um importante papel ao conhecimento que cada um tem de si mesmo e sobre a sensibilidade que tem perante os outros.

Estas novas descobertas levam à atribuição de um novo sentido ao conceito tradicional de inteligência. Num mundo cada vez mais complexo, a inteligência adquiriu um âmbito mais abrangente que a capacidade de abstração, a lógica formal ou o tratamento de conhecimentos de carácter geral. Ela inclui méritos como a criatividade, o talento para organizar, o entusiasmo, a motivação, a destreza psicológica e as atitudes humanas (Martin, et al., 1999).

Veiga Branco (2004) dedicou-se ao estudo desta temática e partindo do conceito de IE de Goleman, refere-se à inteligência emocional como sendo a *“capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; e regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugu a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança”* (Goleman, 2003 p. 54).

### 3.1. Origem e conceito

A designação de IE mais antiga remonta a Charles Darwin, que na sua obra referiu a importância da expressão emocional para a sobrevivência e adaptação das espécies. Embora as definições tradicionais de inteligência enfatizem os aspetos cognitivos, como a memória e a resolução de problemas, vários autores de renome no campo da inteligência reconhecem a importância de aspetos não-cognitivos.

Nos estudos iniciais acerca da IE, era prática corrente a separação entre razão e emoção, onde se dava superioridade à razão na tomada de decisão. Uma decisão era considerada correta, desde que fosse afastada de qualquer emoção. (Rego et al., 2005)

O conceito de IE atual foi fruto de vários anos de pesquisa, trabalhado por vários investigadores e popularizou-se na época de 90. Segundo Goleman (2012) começou a ser estudado por Mayer e Salovey, que editaram vários artigos em 1991. As suas origens assentaram no conceito de inteligência social, designada de inteligência não académica, não cognitiva ou mesmo não intelectual, como refere Rego e Fernandes (2005), através de uma pesquisa efetuada acerca deste conceito.

Com os estudos de Mayer et al. (1995), a emoção e a razão foram consideradas imprescindíveis para o desenvolvimento pessoal e profissional da cada pessoa, onde se passou a considerar a IE, como sendo um intercâmbio entre as emoções e as cognições. Para os autores as emoções tornam a pessoa mais inteligente e a cognição auxilia a pessoa a pensar nas suas emoções e na forma como as podem usar e aprender.

Neste sentido, a IE é o modo que cada pessoa possui para gerir as suas emoções e as emoções dos outros. Sendo a capacidade de identificar, interpretar e aceitar as suas emoções e das outras pessoas, para em seguida as utilizar numa forma de gestão dessas mesmas emoções. Assim, a pessoa emocionalmente inteligente sabe aceitar as emoções dos outros e também as suas, usa-as de uma forma positiva relacionando-as com as vivências diárias, retirando mais-valias de todos os momentos de interação (Mayer et al., 1995). No entanto, o grande incremento aos estudos da IE, foi dado efetivamente por Goleman em 1995, com a publicação do seu livro em que é apresentado o novo conceito. Goleman definiu IE como "*...a capacidade de identificar os nossos próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerir bem as emoções dentro de nós e nos nossos relacionamentos.*" (Goleman, 2002 p. 337).

Para o autor, é impossível separar a racionalidade das emoções, sendo estas que fundamentam o sentido da eficácia das decisões, a partir do controlo dessa emocionalidade, tornando-se assim, elemento de extrema importância na otimização dos níveis de desempenho profissional.

A IE é, assim, uma habilidade que permite à pessoa relacionar a razão e a emoção, tornando-a mais sociável e com atitudes assertivas nos seus relacionamentos. Essa habilidade permite que cada pessoa tire partido de cada situação, salientando sempre os pontos positivos e servindo-se das situações menos agradáveis para as transformar em situações de aprendizagem e desenvolvimento.

Em 1997 Mayer et al. desenvolveram um modelo que reformulou o conceito de IE. Para os autores a IE era constituída por quatro dimensões:

- Capacidade de perceção, avaliação e expressão de emoções;
- Capacidade de aceder e gerar emoções que facilitam as atividades cognitivas;
- Capacidade para compreender e analisar informação emocional e para usar o conhecimento emocional;
- Capacidade de gerir emoções para promover o desenvolvimento e o bem-estar emocional e intelectual.

Estas quatro dimensões encontram-se organizadas hierarquicamente, constituindo a perceção, avaliação e expressão de emoções, a base do modelo e, a capacidade para gerir emoções, o topo.

Segundo Mayer et al. (1997) as quatro dimensões enumeradas encontram-se interrelacionadas. Por exemplo, a capacidade de perceção das emoções é necessária para que a pessoa as possa gerir e a compreensão emocional ou empatia representa um elemento facilitador da gestão das emoções dos outros.

Mais tarde, os autores efetuam alterações no seu construto, afirmando que a IE assenta em apenas três competências: capacidade de perceção das emoções e assimilação de sentimentos relacionados com as emoções, capacidade de compreensão dessas emoções e capacidade de gestão das emoções (Mayer et al., 2000).

Mais tarde Goleman (2012), dedicou-se ao estudo de temáticas sobre o cérebro e as ciências do comportamento, pertencendo a um grupo de investigadores com interesse pela inteligência cognitiva e sua relação com fatores de sucesso na vida.

Pela primeira vez, o mundo, de uma forma global, tomou consciência daquilo que há muito se procurava para explicar o sucesso, e que devia acompanhar a inteligência geral: a aplicação da inteligência ao relacionamento interpessoal. Foi nessa altura que a temática da IE alcançou maior dimensão e o autor se tornou um dos maiores especialistas nesta área.

Em 1998 e após investigações, o autor publica outro livro, *“Trabalhar com a Inteligência Emocional”* no qual redefine o seu conceito de IE, como sendo: *“(…) a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações”* (Goleman, 2000, p.323), o qual se baseia em cinco dimensões: autoconsciência, autorregulação, motivação, empatia e competências sociais. Sendo que, as três primeiras competências são pessoais e determinam a forma como nos gerimos a nós próprios, e as duas últimas são competências sociais e determinam a forma como lidamos com as relações. Neste contexto teórico da IE, o conceito de competência emocional apresenta-se como uma capacidade apreendida que resulta num desempenho extraordinário no trabalho (Goleman, 2000). O autor refere que a IE é mais importante que o Quociente de Inteligência (QI) para o sucesso das pessoas, no entanto, não ignora a importância que ambos os tipos de inteligência têm no desenvolvimento pessoal e organizacional (Goleman, 2000).

Num estudo que incidiu sobre licenciados em Harvard (no campo do direito, medicina, ensino e gestão e administração), Goleman (2012) revelou que as notas dos exames de admissão baseados no QI, possuíam pouco ou nenhuma correlação com o eventual êxito na carreira. Concluiu, ainda, que o QI tem a capacidade de prever o sucesso entre um grupo de pessoas suficientemente inteligentes para dominar as áreas cognitivas mais exigentes e que o valor da IE para o êxito, cresce tanto mais, quanto maiores forem as barreiras de inteligência numa determinada área. Neste sentido, o autor defende que a dimensão emocional influencia a inteligência cognitiva, considerando redutor o contributo exclusivo do QI para o sucesso na vida e no trabalho. Os dois tipos de inteligência influenciam a forma como conduzimos a nossa vida, tornando-se importante encontrar o equilíbrio entre estas duas formas de inteligência, já que a mente não pode funcionar em perfeição sem a IE (Goleman, 2012).

Segundo Chiavenato (1997) é necessário saber utilizar a IE para obter um bom desempenho profissional, uma vez que o quociente emocional afeta o comportamento, a gestão do

tempo, a motivação, a visão e a capacidade de comunicação. Para além disso, desenvolve também a criatividade inovadora nos indivíduos e, como resultado, promove a melhoria do desempenho individual.

No que respeita às possíveis relações entre IE e o desempenho e sucesso profissional dos indivíduos, alguns autores, citados por Fernandes (2005) afirmam que a IE está intimamente relacionada com as boas práticas profissionais, salientando que a saúde emocional é um fator indispensável para o bom desempenho profissional. Assim, os mais elevados desempenhos surgem da reunião sinérgica das capacidades racionais e emocionais. A combinação do QI e da IE explica uma maior variância no desempenho do que apenas o QI, e por fim assim como o QI parece necessário, mas não suficiente, carecendo os seus efeitos positivos da presença de IE, de modo similar, a IE carece da presença de QI para que possa suscitar um nível de desempenho mais elevado (Cherniss, 2000; Goleman, 2000 e 2002; Mayer et al., 1995).

Quadro 1 - Modelo da competência emocional, adaptado de Goleman (2000 pp. 34-35)

Áreas	Competências da IE	Dimensões emocionais
<b>Competência pessoal</b> Determina a forma como nos gerimos a nós próprios	Autoconsciência	Autoconsciência emocional
		Autoavaliação precisa
		Autoconfiança
	Gestão das emoções	Autodomínio
		Inspirar confiança
		Ser consciencioso
		Adaptabilidade
		Inovação
	Auto motivação	Vontade de triunfar
		Empenho
		Iniciativa
		Otimismo
<b>Competência social</b> Refere-se à forma como lidamos com as relações	Empatia	Compreender os outros
		Desenvolver os outros
		Orientação para o serviço
		Potenciar a diversidade
		Consciência política
	Gestão de relacionamentos em grupos	Influência
		Comunicação
		Gestão de conflitos
		Liderança
		Catalisador da mudança
		Criar laços
		Colaboração e cooperação
		Capacidades de equipa

### 3.2. Capacidades de IE

O conceito de Competência Emocional (Veiga-Branco, 2007), entre outros investigadores, desenvolveu-se a partir do conceito original de Inteligência Emocional (Salovey & Mayer, 1994) – difundido para a comunidade em geral, a partir da obra Inteligência Emocional de Goleman (1995).

Competência Emocional não se refere a um conceito homogêneo, conforme visto anteriormente. É um constructo que integra cinco domínios ou capacidades, que por sua vez se distribuem de forma não regular, tal como Goleman preconizava (Branco, 2004).

Para Goleman (2000) a competência emocional inclui competências emocionais e sociais. O autor defende que *“uma competência emocional é uma capacidade aprendida, baseada na Inteligência Emocional, que resulta num desempenho extraordinário no trabalho. (...) A nossa competência emocional mostra até que ponto, traduzimos esse potencial nas capacidades profissionais”* (Goleman, 2000, p.33 cit. in Vilela, 2006).

Existem cinco grandes competências da IE, divididas em vinte e cinco dimensões emocionais – agrupadas em duas áreas: a competência pessoal, que determina a forma como nos gerimos a nós próprios e a competência social, que se refere à forma como lidamos com as relações (Goleman, 2000, 2003) citado por (Vilela, 2006). Assim, de acordo com este modelo conceptual, a IE é baseada em cinco grandes capacidades que se passam a apresentar.



Figura 1- Modelo da inteligência emocional, adaptado de Goleman (2000, p.34-35;2003, p.63-64)

<b>Quadro da Inteligência Emocional</b>
<p><b>Competência Pessoal</b> Estas competências determinam a forma como nos gerimos a nós próprios</p>
<p><b>Autoconsciência</b> (Conhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e intuições)</p>
<p><b>Autoconsciência emocional:</b> reconhecer as próprias emoções e os seus efeitos  <b>Autoavaliação precisa:</b> conhecer as próprias forças e limitações  <b>Autoconfiança:</b> confiança nas capacidades e no valor próprio</p>
<p><b>Gestão de emoções</b> (Gerir os próprios estados internos, impulsos e recursos)</p>
<p><b>Autodomínio:</b> gerir emoções e impulsos negativos.  <b>Inspirar confiança:</b> conservar padrões de honestidade e integridade  <b>Ser consciencioso:</b> assumir responsabilidade pelo desempenho pessoal  <b>Adaptabilidade:</b> flexibilidade em lidar com mudança  <b>Inovação:</b> sentir-se à vontade e aberto a novas ideias, abordagens e informação</p>
<p><b>Automotivação</b> (Tendências emocionais que orientam ou facilitam o cumprimento de objetivos)</p>
<p><b>Vontade de triunfar:</b> lutar por se aperfeiçoar ou atingir um padrão de excelência  <b>Empenho:</b> alinhar com os objetivos do grupo ou organização  <b>Iniciativa:</b> estar preparado para aproveitar oportunidades  <b>Otimismo:</b> persistência na prossecução dos objetivos apesar dos obstáculos e reveses</p>
<p><b>Competência Social</b> Estas competências determinam a forma como lidamos com as relações</p>
<p><b>Empatia</b> (Consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações dos outros)</p>
<p><b>Compreender os outros:</b> ter a perceção dos sentimentos e das perspetivas dos outros e manifestar um interesse ativo nas suas preocupações  <b>Desenvolver os outros:</b> ter a perceção das necessidades de desenvolvimento dos outros e fortalecer as suas capacidades  <b>Orientação para o serviço:</b> antecipar, reconhecer e ir ao encontro das necessidades dos clientes  <b>Potenciar a diversidade:</b> cultivar oportunidades com diferentes tipos de pessoas  <b>Consciência política:</b> ler as correntes emocionais e as relações de poder de um grupo.</p>
<p><b>Gestão de relacionamentos em grupos</b> (Capacidade de induzir respostas favoráveis nos outros)</p>
<p><b>Influência:</b> exercer táticas eficazes de persuasão  <b>Comunicação:</b> ouvir com abertura e enviar mensagens convincentes  <b>Gestão de conflitos:</b> negociar e resolver desacordos  <b>Liderança:</b> inspirar e guiar grupos e pessoas  <b>Catalisador da mudança:</b> iniciar e gerir a mudança  <b>Criar laços:</b> alimentar relações instrumentais  <b>Colaboração e cooperação:</b> trabalhar com outros para objetivos comuns  <b>Capacidades de equipa:</b> criar sinergias de grupo na prossecução de objetivos coletivos</p>

Fonte: Vilela, A. (2006) p. 19 (adaptado de Goleman 2000)

## Autoconsciência

Segundo este modelo, a “Autoconsciência” refere-se à capacidade de conhecer os seus estados internos, preferências recursos e intuições. É a forma como se reconhecem as próprias emoções, enquanto estas estão a acontecer. Para Goleman (2000), esta é a base da IE que traduz o conhecimento de si mesmo, resultando da autoanálise de si, da sua vida, de como nos comportamos e de como nos desejamos comportar.

O autor realça o papel da autoconsciência, isto é, a importância da tomada de consciência das emoções negativas na nossa vida, tais como a ansiedade, a agressividade e a melancolia, como a forma mais adequada de nos adaptarmos à situação com que nos deparamos. Saber e reconhecer o que sentimos através de uma autoavaliação real das nossas próprias capacidades é algo que nos dá autoconfiança e nos orienta no momento de tomar uma decisão (Goleman, 2003).

Quem não entende os seus sentimentos, está inconscientemente entregue a estes. As pessoas que os conhecem e interpretam, guiam a sua vida de uma forma mais estável e produtiva (Goleman, 2003). Nas palavras deste investigador

*“As pessoas que têm uma certeza maior a respeito dos seus sentimentos governam melhor as suas vidas, tendo uma noção mais segura daquilo que realmente sentem a respeito das decisões que são obrigadas a tomar, desde com quem casar a que emprego aceitar.”* (Goleman, 2003, p. 63).

## Gestão de emoções

A capacidade de gerir as suas próprias emoções diz respeito à forma como se enfrenta e orienta as emoções. Demonstra que o conhecimento de si próprio tem como finalidade proporcionar o autoencontro, procurando o aperfeiçoamento constante de si como pessoa através do autodomínio, do controlo dos impulsos/emoções de forma salutar e pensar antes de agir, com o intuito de conquistar a felicidade nos contextos em que se insere (Goleman, 2000). Gerir as emoções emerge do autoconhecimento e significa que apresenta a capacidade para se autorregular. É também, uma forma de “lidar com as sensações de modo apropriado (...)” (Goleman, 2003, p.63).

A negociação consigo próprio com vista a atingir a estabilidade pessoal é o ponto de partida para uma correta ligação entre o mundo e as pessoas que os rodeiam (Goleman, 2003). O autor diz ainda que as pessoas que possuem esta qualidade em alto grau “recuperam muito mais depressa dos tombos que a vida nos obriga a dar” (p.63).

### Automotivação

A automotivação constitui a maneira como a pessoa utiliza as suas energias de forma construtiva. Descobrir a automotivação é encontrar os motivos ou as razões que levam as pessoas a fazer determinada tarefa e que vão para além do dinheiro ou do protagonismo social. Uma pessoa, ou um profissional motivado é alguém que coloca persistência e razão nos seus objetivos (Goleman, 2000). Este autor refere que para se tomarem iniciativas altamente eficientes face às contrariedades e frustrações é necessário usar-se as preferências mais profundas, aquelas que permitem avançar em direção aos objetivos traçados (Goleman, 2003).

A capacidade de automotivação é entendida como a forma de nos mantermos otimistas em relação aos problemas ou situações desagradáveis. Segundo Goleman (2003, p.63), *"As pessoas que possuem esta aptidão tendem a ser mais altamente produtivas e eficazes em tudo o que fazem"*.

### Empatia

A empatia é reconhecer as emoções dos outros. Ela compreende a expressão verbal e não verbal e a forma como se percebem e interpretam as emoções dos outros, estando conscientes dos sentimentos dos outros e ter a capacidade de adotar a sua perspetiva e interessar-se ou preocupar-se pelos outros, criando laços de sintonia (Goleman, 2003).

Esta competência da IE está ligada às anteriores e aplica-se tanto à pessoa como ao grupo. O facto de, num grupo, a pessoa mostrar empatia pelos outros, leva o grupo a criar e a desenvolver normas positivas para gerir as relações do grupo com o exterior (Goleman et al., 2002). Ao nível da consciência social, a empatia é a base sobre a qual a equipa constrói relações com o resto da organização (Goleman et al., 2002).

Como refere Goleman (2000), no trabalho em equipa a empatia assume todo o seu significado, na promoção e desenvolvimento de um clima organizacional favorável às boas práticas. Esta habilidade é considerada como qualidade fundamental para os profissionais da área da prestação de cuidados, do ensino, das vendas e da gestão (Goleman, 2003).

### Gestão de relacionamentos em grupos

A capacidade de gestão dos relacionamentos que se estabelecem no grupo, é também denominada por gestão de emoções em grupos (Goleman, 2000). Atualmente, é fundamental o desenvolvimento de um relacionamento eficaz num grupo ou equipa. As capacidades de comunicação, liderança e de trabalho em grupo são a chave para o êxito no ambiente laboral, onde a competitividade é uma realidade (Goleman, 2000). Gerir os relacionamentos em grupos, é uma aptidão social que consiste em saber fazer bem a leitura das situações de um grupo (social, familiar, profissional) e ter a capacidade para gerir as relações no seio desse grupo, quer ele seja formal ou informal (Goleman, 2003). É relacionar com harmonia as suas competências para persuadir, liderar, negociar, trabalhar em equipa e resolver conflitos de forma eficiente (Goleman, 2003).

O treino da assertividade é algo primordial no estabelecimento de relações eficientes (pedagógicas, terapêuticas, pessoais e profissionais), no sentido de conseguir lidar bem, de forma eficaz com as reações emocionais dos outros, particularmente aquando de situações emocionais desgastantes. Segundo Goleman (2003, p.64), *“são estas capacidades que estão na base da popularidade, da liderança e da eficácia interpessoal”*.

### **3.3. Capacidades da IE em enfermeiros**

Segundo Goleman (2003), o desenvolvimento das competências emocionais, aplicado ao aumento do potencial profissional, ajuda a: resolver problemas e conflitos, a gerar ideias originais e a criar orientações eficazes, gerando emoções positivas na pessoa que por seu lado levam à otimização do desempenho. As organizações que apostam em medidas de desenvolvimento de competências emocionais obtêm maior satisfação, valorização pessoal e consequente aumento da produtividade dos seus colaboradores.

Segundo Costa et al. (2009) é reconhecido que os profissionais de enfermagem, no seu quotidiano profissional, se envolvem em situações laborais com conotação emocional. Apesar do conceito de IE ser relativamente recente na literatura de enfermagem, o seu valor começa a ser cada vez mais reconhecido nos cuidados de saúde, salientando as vantagens em associar a IE a este tipo de trabalho, o qual exige uma grande componente emocional aos seus profissionais.

Para além dos benefícios da IE descritos nas relações diádicas, Druskat & Wolff (2001), citados por (Costa et al., 2009), enfatizaram o seu valor no trabalho de equipa. O trabalho de equipa é comum em enfermagem, não apenas com os profissionais do mesmo serviço, mas também na cooperação com outros profissionais do sistema ou instituição de saúde. A IE de uma equipa não é meramente a soma da IE de cada indivíduo. Pelo contrário, a IE é gerada no seio da equipa ao mesmo tempo que as normas são criadas, a confiança mútua se desenvolve e a identidade do grupo é formada.

Os mesmos autores referem que o desenvolvimento da IE, no âmbito da enfermagem, pode ser um importante recurso para vários processos de empoderamento, nomeadamente os que levam ao aumento de resultados positivos na saúde.

Goleman (2000) acredita que na formação dos profissionais de saúde se deveria incluir, pelo menos, algumas das ferramentas básicas da IE, nomeadamente a autoconsciência, a empatia e o saber ouvir.

A Ordem dos Enfermeiros (2003, p.188) adotou uma definição de competência para o enfermeiro de cuidados gerais, referindo-se a *“um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”*. Esta competência implica o uso de capacidades que vão para além dos saberes teóricos e das técnicas, inserindo-se em domínios, tais como: prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.

Vilela (2006), fala dos técnicos de saúde – pessoas que lidam com pessoas – e afirma que a pertinência deste tema não se restringe apenas aos gestores de equipas ou aos responsáveis pelos departamentos de recursos humanos, mas sim a todos os profissionais aos vários níveis da hierarquia.

Na sua prática profissional diária, o enfermeiro comunica, relaciona-se e inter-relaciona-se com os seus pares, com os seus utentes, com os seus superiores hierárquicos e responde constantemente a situações novas e imprevistas, onde as suas capacidades de IE são mobilizadas, testadas e desenvolvidas.

Ao promover-se o desenvolvimento das capacidades de IE e das competências profissionais dos enfermeiros para a prestação de cuidados de excelência, pretende-se igualmente contribuir para o seu desenvolvimento pessoal e exercício profissional, melhorando desta forma a qualidade de cuidados prestados, podendo esta alteração da prática profissional traduzir-se em ganhos ao nível da recuperação clínica dos clientes (Rocha, 2017).



## CAPÍTULO II– PERCURSO METODOLÓGICO





## 4. MÉTODO

Todo o processo de investigação envolve obrigatoriamente uma fase metodológica que consiste na descrição do conjunto de métodos e técnicas que guiaram a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2003). O método torna-se, então, uma etapa importante e imprescindível em qualquer estudo de investigação, pois é através dele que se percebe o percurso efetuado, uma vez que ele descreve e explica todas as etapas do processo investigativo.

Cervo e Bervian (1993) reforçam a ideia defendida por Fortin (2003), referindo que o método corresponde ao conjunto de passos que o investigador percorreu e aos meios que utilizou e que lhe permitiu chegar aos resultados (Cervo et al., 1993).

O desenho da investigação permite, assim, delinear os elementos que fazem parte do esquema geral do estudo. Para Fortin (2003, p.108) *“a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população”*.

Assim, de forma a facilitar a compreensão do leitor acerca do percurso efetuado pelo investigador, expomos as etapas que constituíram o método por nós seguido, tendo em conta a conceptualização do estudo, o tipo de estudo, a finalidade, os objetivos e as questões de investigação. Referimos ainda a população e amostra, bem como descrevemos os procedimentos usados na investigação.

### 4.1. Conceptualização do estudo

Segundo Gil (1995, p.70) a conceptualização *“refere-se ao planeamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, envolvendo tanto a sua diagramação quanto a previsão da análise e interpretação dos dados”*.

A Supervisão Clínica, conforme já abordado anteriormente, constitui-se como um dos instrumentos facilitadores da melhoria e desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde. Assim, os programas supervisivos assumem-se como instrumentos de apoio à

tomada de decisão em enfermagem, incrementando intervenções de enfermagem de qualidade que possibilitam a diminuição dos riscos e o aumento da eficácia dos cuidados. Constituem ainda, um veículo promotor da aprendizagem profissional e do desenvolvimento pessoal e profissional.

A satisfação profissional dos enfermeiros e as suas capacidades de IE, foram identificadas como indicadores sensíveis à supervisão clínica em enfermagem. Estes, poderão estar relacionados com a eficácia e a eficiência da supervisão clínica em enfermagem (Koivu et al., 2012).

Este estudo insere-se no projeto de investigação da ESEP, C-S2AFECARE-Q, integrado na Unidade Científico Pedagógica de Formação & Gestão em Enfermagem. É um projeto, que visa definir um modelo de aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências na área da supervisão e da promoção da qualidade de cuidados prestados aos utentes, tendo-se iniciado em 2011 e terminado em 2014, no âmbito da parceria entre a ESEP e o Centro Hospitalar do Médio Ave.

Atualmente, o C-S2AFECARE-Q é um projeto financiado, que surgiu na continuidade do anterior (em 2014) e que conta neste momento com parcerias estabelecidas entre a ESEP e três hospitais da região do Porto. Envolve um leque alargado de investigadores que dão sustentabilidade ao projeto e que visa contribuir para a segurança e a qualidade dos cuidados através da implementação de um modelo de supervisão clínica sustentado nas necessidades dos enfermeiros – Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC). O desenho do projeto envolve 3 fases: i) fase I ou fase de diagnóstico que envolve a identificação das necessidades em termos de SCE dos enfermeiros e a avaliação dos indicadores de supervisão sensíveis aos cuidados de enfermagem previamente identificados e contratualizados com as unidades de cuidados; ii) fase II ou fase da implementação do MSCEC que envolve a constituição das equipas de SCE e a realização de sessões formativas no âmbito dos indicadores de supervisão definidos nos contextos da prática e nas necessidades em termos de SCE identificadas pelos enfermeiros; e, iii) fase III ou fase de reavaliação da implementação do modelo onde é efetuada a reavaliação dos indicadores de supervisão sensíveis aos cuidados de enfermagem e a avaliação da implementação do MSCEC.

O presente estudo, insere-se na fase I da parceria estabelecida entre a ESEP e a ULSM, especificamente com os serviços de “Medicina M” e “Medicina E”, baseando-se no

diagnostico de situação para os indicadores de supervisão sensíveis aos cuidados de enfermagem – satisfação profissional e capacidades de competência emocional.

#### **4.2. Tipo de estudo**

O tipo de estudo refere-se à descrição da estrutura utilizada, tendo por base as questões centrais da investigação, quer vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, quer pretenda explorar ou examinar relações entre as variáveis ou mesmo verificar hipóteses de causalidade (Fortin, 2003).

Face ao objeto de estudo, optámos por efetuar um estudo descritivo e correlacional, de natureza quantitativa. Este estudo, constitui um diagnóstico de situação, visa descrever e classificar a satisfação profissional dos enfermeiros, bem como identificar as suas capacidades de competência emocional, num único momento no tempo, assim como o estabelecimento de relações hipotéticas entre algumas variáveis. Para Fortin (2000) este tipo de estudos, *“consistem em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”* (Fortin, 2003, p.163).

#### **4.3. Finalidade e objetivos do estudo**

De acordo com as questões de investigação identificadas, são objetivos deste estudo:

- Identificar a satisfação profissional dos enfermeiros dos serviços de “Medicina M” e “Medicina E” da ULSM;
- Identificar as capacidades de competência emocional que os enfermeiros dos serviços de “Medicina M” e “Medicina E” da ULSM possuem;
- Identificar as estratégias de supervisão clínica promotoras do desenvolvimento das capacidades de competência emocional e da satisfação profissional dos enfermeiros dos serviços de “Medicina M” e “Medicina E” da ULSM;
- Identificar aspetos que possam contribuir para a melhoria da qualidade nos enfermeiros dos serviços de “Medicina M” e “Medicina E” da ULSM.

#### **4.4. Questões de investigação**

Tendo em consideração as interrogações que foram surgindo, ao longo do decorrer do estudo e da fundamentação teórica, foram definidas duas questões de investigação:

- Qual é a satisfação profissional dos enfermeiros dos serviços de “Medicina M” e “Medicina E” da ULSM?
- Quais são as capacidades de competência emocional que os enfermeiros dos serviços de “Medicina M” e “Medicina E” da ULSM possuem?

#### **4.5. Hipóteses**

As hipóteses formuladas para este estudo são:

- H1. A satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme a idade.
- H2. A satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme o género.
- H3. A satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme o tempo de experiência profissional.
- H4. A satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme as experiências anteriores de Supervisão Clínica.
- H5. As capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros diferem conforme a idade.
- H6. As capacidades de competência emocional dos enfermeiros diferem conforme o género.
- H7. As capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros diferem conforme o tempo de experiência profissional.
- H8. As capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros difere conforme as experiências anteriores de Supervisão Clínica.
- H9. A satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme as suas capacidades de inteligência emocional.

#### **4.6. Variáveis**

Para Fortin (2003), operacionalizar uma variável é defini-la de modo a que esta possa ser observada e medida. É também atribuir-lhe significação, especificando as atividades ou operações necessárias para a medir. Para efetuar a operacionalização de uma variável deve-

se precisar as definições conceituais, especificar as dimensões do conceito, identificar os indicadores empíricos e proceder à escolha ou à elaboração dos meios apropriados para medir as variáveis em estudo.

#### 4.6.1 Variáveis Dependentes

De acordo com Fortin (2003, p.37), “...a *variável dependente* é a que sofre o efeito esperado da *variável independente*: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da *variável independente*”. Por isso, neste estudo, as variáveis dependentes são: as capacidades de inteligência emocional e a satisfação profissional dos enfermeiros.

A escala de capacidades da inteligência emocional em enfermeiros” foi adaptada e validada para a população de enfermeiros por Vilela (2006), a partir da escala original “Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional”, atualmente designada de “Escala Veiga Branco de Competência Emocional”, da autoria da Professora Doutora Maria Augusta Veiga Branco,

A Escala de Capacidades da Inteligência Emocional (Figura 2) é composta por XV partes que contêm um total de 85 afirmações avaliadas segundo uma escala de likert de 1 a 7 (1-nunca; 2- raramente; 3-pouco frequente; 4-por norma; 5-frequente; 6-muito frequente; e 7- sempre), podendo em cada parte serem ainda identificadas outras componentes ou capacidades e, por uma última parte (XVI) constituída por 14 estratégias de supervisão, às quais é solicitado ao participante da amostra para identificar a ou as, que considera poderem potenciar ou otimizar as capacidades de competência emocional, pedindo posteriormente para justificar a opção ou opções tomadas.

A Escala de Satisfação Profissional dos Enfermeiros, do Documento Normativo da ULSM é composta por V partes que contêm um total de 32 afirmações, avaliadas segundo uma escala de likert, de 1 a 5 (1-mau; 2- regular; 3-bom; 4-muito bom; e 5- excelente) e por uma questão aberta, acerca das recomendações e sugestões relativas a aspetos que sejam identificados como potenciadores de melhoria e do aumento da qualidade no local de trabalho.

Figura 2 - Escala das capacidades de inteligência emocional

Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional			
Domínios (Sub-escalas)	Funções	Itens	Scores Mínimos e Máximos
<b>I</b> <b>Autoconsciência</b> (20 itens score 20-140) $\alpha$ 0.70	F1 – Percepção positiva de si	1e, 1g, 3b, 3c, 3d, 3f, 3n	7-49
	F 2 – Alterações relacionais e racionais	1f*, 2a*, 2b*, 2c*, 2d*	5-35
	F 3 – Reações de instabilidade, absorção	1b*, 1c*, 3a*, 3e*, 3g*	5-35
	F 4 – Autopercepção consciente	1a, 1d, 1h	3-21
<b>II</b> <b>Gestão de emoções</b> (18 itens 18-126) $\alpha$ 0.80	F 5 – Intrusão, isolamento, explosão	2a*, 2b*, 3a*, 3e*, 4a*, 4c*	6-42
	F 6 – Racionalizar a raiva	1e, 1f, 2c, 2d, 3c, 3d	6-42
	F7 – Afastamento passivo	1a, 1b, 1c, 3b	4-28
	F 8 – Transformação de energia emocional em física	1d, 4b	2-14
<b>III</b> <b>Automotivação</b> (21 itens score 21-147) $\alpha$ 0.78	F 9 – Literatos, manipulados pela energia emocional negativa	1c*, 1d*, 1e*, 1f*, 2d*, 3a*, 3c*, 3d*, 3e*	9-63
	F 10 - Literatos a energia emocional	1a, 1b, 1g, 1h, 1i, 2g, 3b	7-49
	F 11 – Estado de fluxo em atividade	2a, 2b, 2e	3-21
	F 12 – Dependentes, ruminativos	2c*, 2f*	2-14
<b>IV</b> <b>Empatia</b> (12 itens score 12-84) $\alpha$ 0.88	F 13 – Valorização da expressão	2a, 2b, 2c, 2d, 2e	5-35
	F 14 – Sintonia relacional	1a, 1b, 1c, 1d	4-28
	F 15 – Ser literato em conflito	3a, 3c, 3b*	3-21
<b>V</b> <b>Gestão de emoções em grupo</b> (14 itens 14-98) $\alpha$ 0.87	F 16 – Percepção emocional	1a, 1b, 1c, 1d, 2b	5-25
	F 17 - Sincronismo	2a, 2c, 2d, 2f	4-28
	F 18 – Controlo emocional e relacional	1e, 1f, 1g, 1h, 2e	5-25
Total (Competência emocional)			85-595
* Itens invertidos			

Fonte: Coelho, L. (2012)

#### 4.6.2. Variáveis Independentes

Segundo Fortin (2003, p.37), a variável independente “...é a que o investigador manipula (...) para medir o seu efeito na variável dependente”.

As variáveis independentes deste estudo serão:

- idade,
- género,

- tempo de experiência profissional
- experiências anteriores de SC.

#### **4.7. População e amostra**

A população deste estudo é constituída por 44 enfermeiros que correspondem à totalidade de profissionais de enfermagem, a exercer funções nos serviços de “Medicina E” e de “Medicina M”, da ULSM. Neste estudo a amostra coincide com a população, facto definido aquando do protocolo estabelecido entre a ESEP e a ULSM. Trata-se pois, de uma amostragem por conveniência. O instrumento de colheita de dados foi aplicado à totalidade dos enfermeiros, no período que decorreu entre outubro e dezembro de 2017.

#### **4.8. O instrumento de colheita de dados**

O método de colheita de dados utilizado neste estudo foi um questionário, construído por Rocha (2017), no âmbito do projeto C-S2AFECARE-Q, durante o desenvolvimento da sua dissertação de doutoramento, com o tema *“O Autocuidado como indicador da Supervisão Clínica em Enfermagem: Contributo para a segurança e qualidade dos cuidados”*.

Este questionário (ANEXO I) incorpora três partes: a primeira consta da caracterização sociodemográfica e profissional da população em estudo; a segunda é composta pela “Escala de Satisfação Profissional dos Enfermeiros” do Documento Normativo da ULSM, n.º 2482.1; e a terceira, é composta pela “Escala de Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros”.

#### **4.9. Análise psicométrica dos instrumentos utilizados**

Tendo por base os dados recolhidos, procedeu-se análise psicométrica (consistência interna) dos instrumentos utilizados, através do programa SPSS.

A consistência interna (homogeneidade dos itens) foi avaliada utilizando o coeficiente Alpha de Cronbach, para todos os instrumentos. Para cada instrumento apresentamos o valor do coeficiente de consistência interna para a totalidade dos itens, uma vez que todos se encontram validados e aferidos para a população portuguesa.

Relativamente à estrutura psicométrica, todos os itens de cada um dos instrumentos utilizados foram analisados fatorialmente nos 44 indivíduos do estudo.

Quanto à escala de capacidades de inteligência emocional (Quadro 2), no seu conjunto, os índices de consistência interna obtidos para o total da escala podem ser considerados muito bons ( $\alpha=0,931$ ), quanto às suas subescalas, os valores oscilaram entre um mínimo de 0,746 (Capacidade da Gestão de Emoções) e um máximo de 0,875 (Capacidade da Autoconsciência) indicando consistência interna boa e muito boa.

Quadro 2 - Consistência interna da escala de capacidades de inteligência emocional

Capacidades de Inteligência Emocional	<i>Nº de itens</i>	Consistência interna ( $\alpha$ )
Capacidade da Autoconsciência	20	0,875
Capacidade da Gestão de Emoções	18	0,746
Capacidade da Auto motivação	21	0,793
Capacidade da Empatia	12	0,848
Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos	14	0,864
Total (Inteligência Emocional)	85	0,931

A análise dos resultados encontrados (Quadro 3) na escala de satisfação profissional levamos a concluir que a escala apresenta boas características psicométricas. A consistência interna da escala revelou um Alfa de Cronbach para o global da escala de 0,964 indicativo de uma consistência interna muito boa. Os valores oscilaram entre 0,900 (Qualidade do local trabalho) e 0,965 (Superior Hierárquico).



Quadro 3 - Consistência interna da escala de satisfação profissional

Satisfação profissional	Nº de itens	Consistência interna ( $\alpha$ )
Superior Hierárquico	7	0,965
Relações Profissionais	9	0,927
Qualidade do local trabalho	6	0,900
Melhoria da qualidade	6	0,947
Satisfação Global	28	0,964

#### 4.10. Aspetos éticos

Qualquer investigação efetuada em seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de estudo determina diretamente a natureza dos problemas que se podem colocar. Os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem contribuir para o avanço do conhecimento científico, mas também lesar os direitos e liberdades fundamentais das pessoas. Por conseguinte, torna-se importante tomar todas as precauções necessárias para proteger esses direitos e liberdades das pessoas que participam no estudo.

Neste estudo, incluído no projeto C-S2AFECARE-Q, tivemos em consideração os seguintes procedimentos éticos. Estabelecimento de parceria, que visa articular institucionalmente a ESEP e a ULSM, no âmbito de atividades de ensino e investigação, prevista no protocolo de cooperação institucional, tendo por finalidade a criação de condições para o desenvolvimento de um projeto de investigação em Supervisão Clínica. O referido protocolo foi assinado pelos Exmos. Sr. Presidente da ESEP e Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULSM, datada a 02 de outubro de 2014 (ANEXO II).

Em 14 de julho de 2017, foi solicitado ao Conselho de Administração da ULSM a implementação do estudo “Autocuidado como indicador de supervisão clínica em enfermagem: Contributo para a segurança e qualidade dos cuidados” (ANEXO III).

Posteriormente, foi celebrada adenda ao protocolo interinstitucional, com o objetivo de integrar novos investigadores, onde se inclui o autor deste estudo (ANEXO IV ), tendo sido autorizada em 17 de novembro de 2017, pela respetiva Comissão e Ética Hospitalar, conforme (ANEXO V), ficando assim salvaguardados todos os preceitos éticos exigidos que salvaguardam os direitos dos intervenientes e instituições envolvidas.

Os questionários aplicados tiveram a autorização dos autores (ANEXO VI).

Segundo Fontin (2003) existem princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos em investigação, sendo eles: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo. Nesse sentido, os questionários foram entregues em mão a cada um dos participantes conjuntamente com um envelope, foram explicados os objetivos do estudo e alertada a importância da sua participação salientando, contudo, que a não participação não constituiria motivo de prejuízo para o participante (proteção contra desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo). A recolha do questionário constou da entrega do mesmo em envelope fechado, colocado por baixo da porta de um cacifo determinado pelo hospital. Assim, foi dada a oportunidade de respeito pela sua participação ou não no estudo. De igual modo, o questionário estava construído de forma a que nenhum dos participantes fosse identificado, respeitando o princípio da autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade.

#### **4.11. Planeamento do tratamento estatístico dos dados**

O tratamento da informação obtida pode ser considerado uma das principais fases de um estudo de investigação, permitindo-nos obter uma significação dos dados.

De acordo com Fortin (2003), a análise de dados numa investigação é um processo que conduz o investigador ao fenómeno em estudo, que compreende a redução dos dados, a sua apresentação/organização, operacionalização, sintetização e a interpretação/verificação das conclusões.

Foram distribuídos 44 questionários que corresponderam a 100% da população e dos quais obtivemos uma adesão de 100%, pelo que consideramos a amostra satisfatória para o estudo a que nos propusemos. Fizemos, então, uma primeira análise dos questionários com o objetivo de verificar se todos teriam sido respondidos de forma correta, não sendo verificadas inconformidades nos mesmos.

Passamos para a etapa seguinte: a numeração de 1 a 44 dos questionários, de uma forma aleatória, com a qual trabalhamos até à fase final do tratamento. Realizou-se seguidamente leitura ótica dos mesmos.

Relembramos que o nosso questionário é composto por questões fechadas e abertas. Para as respostas fechadas recorreremos à estatística descritiva através do programa estatístico IBM-SPSS versão 25.0. (*Statistical Package for the Social Sciences*) para o Windows. Para o tratamento das questões abertas, procedemos à análise de conteúdo, segundo os pressupostos de Bardin (2013).

A decisão dos designs estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, adequaram-se em função dos seguintes critérios: o valor de simetria, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Skewness pelo erro padrão da medida; o valor de achatamento, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Kurtosis pelo seu valor do erro padrão; a avaliação da aderência à normalidade, através da utilização do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov (quando  $p > 0,05$  as variáveis em estudo possuem uma distribuição normal).

A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (curtose), permitiu constatar que as distribuições são simétricas e mesocúrticas. Esta análise e mediante os valores encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors, permitem-nos concluir que a amostra segue uma distribuição normal, assim elegemos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos paramétricos.

Foram aplicadas como medidas descritivas: estatísticas de frequência (absolutas e relativas), medidas de localização (média, moda de mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo) e o coeficiente “alpha” de Cronbach. Foram aplicados os testes seguintes: T de student para amostras independentes e correlação de Pearson. A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de  $\alpha = 0,05$  com um intervalo de confiança de 95%. Como critérios na testagem de hipóteses estatísticas definiram-se: para um  $\alpha$  significativo ( $p \leq 0,05$ ) observam-se diferenças/associações entre os grupos. Para um  $p > 0,05$  não se observam diferenças/associações significativas entre os grupos.



## 5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo refere-se à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Os dados serão apresentados através de tabelas e quadros, de forma a organizar e sistematizar melhor a informação. Recorremos à estatística descritiva para sumariar os dados obtidos e permitir uma leitura clara e objetiva dos mesmos de forma a analisá-los e, recorremos a estatística inferencial, para estabelecer relações entre as variáveis.

Uma vez que os dados apresentados nos quadros e tabelas são todos eles retirados da mesma amostra omite-se essa indicação.

### 5.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra em estudo é de 44 enfermeiros, que exercem funções nos serviços de “Medicina E” e de “Medicina M”, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Relativamente ao género, a distribuição dos enfermeiros em estudo é heterogénea, 90,9% do feminino e 9,1% do masculino.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo o género

Género	Nº	%
Feminino	40	90,9
Masculino	4	9,1
Total	44	100,0

No que respeita à sua idade (Quadro 4 e Tabela 2), esta varia entre os 22 e os 49 anos; a média encontrada é de 34,11 anos, com um desvio padrão de 7,49, sendo a moda e a mediana de 33 anos. Observa-se que a moda dos enfermeiros se situa no grupo etário com idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos (52,3%), seguindo-se aqueles do grupo etário

dos 36 aos 45 anos (29,5%). De referir que igual percentagem (9,1%) dos enfermeiros em estudo têm idade igual ou superior a 46 anos e igual ou inferior a 25 anos.

Quadro 4- Estatística descritiva referente a idade dos enfermeiros

	$\bar{X}$	DP	Mo	Md	Mínimo	Máximo	CV
<b>Idade</b>	34,11	7,49	33	33	22	49	21,95%

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo o grupo etário

Grupo etário	N	%
≤ 25 anos	4	9,1
26 - 35 Anos	23	52,3
36 - 45 Anos	13	29,5
≥ 46 Anos	4	9,1
Total	44	100,0

## 5.2.Caracterização socioprofissional da amostra

Quanto ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros em estudo (Quadro 5 e Tabela 3), verifica-se que a média é de 10,7 anos com um desvio-padrão de 7,4, sendo a mediana de 9 anos e a moda de 4 anos, com o mínimo de 0 anos e o máximo de 27 anos. A maior parte dos enfermeiros (34,1%) exerce funções há 5 ou menos anos, seguido (22,7%) por aqueles que têm um tempo entre 6 e 10 anos. De referir que apenas 2,3% dos enfermeiros exerce funções há mais de 25 anos.

Quadro 5 - Estatística descritiva referente ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros

	$\bar{X}$	DP	Mo	Md	Mínimo	Máximo	CV
<b>Tempo de exercício profissional</b>	10,7	7,4	4	9	0	27	69,15%

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo tempo de exercício profissional

Tempo de serviço	Nº	%
≤ 5 anos	15	34,1
6 - 10 anos	10	22,7
11 - 15 anos	5	11,4
16 - 20 anos	9	20,5
21 - 25 anos	4	9,1
≥ 26 anos	1	2,3
Total	44	100,0

Quanto ao título profissional dos enfermeiros em estudo (Tabela 4), constatou-se que a grande maioria (84,1%) são enfermeiros e que apenas 15,9% são enfermeiros especialistas.

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo o título profissional

Título profissional	Nº	%
Enfermeiro	37	84,1
Enfermeiro especialista	7	15,9
Total	44	100,0

Em relação às habilitações académicas dos enfermeiros (Tabela 5), constatou-se que a maioria (72,7%) são licenciados e 6,8% mais 4,5 possuem mestrado com licenciatura e mestrado com especialidade, respetivamente. De referir que apenas 4,5% são bacharéis.

Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo as habilitações académicas

Habilitações académicas	Nº	%
Bacharelato	2	4,5
Licenciatura	32	72,7
Licenciatura + Pós-graduação	2	4,5
Licenciatura + Especialidade	1	2,3
Licenciatura + Mestrado	3	6,8
Licenciatura + Pós-graduação + Especialidade	2	4,5
Licenciatura + Especialidade + Mestrado	2	4,5
Total	44	100,0

No que concerne à situação jurídica de emprego dos enfermeiros em estudo (Tabela 6), constatou-se que a maioria (63,6%) tinham um Contrato Individual de Trabalho (CIT) por tempo indeterminado, seguindo-se 25% com CIT a termo resolutivo certo. De referir que apenas 11,4% têm contrato de trabalho em funções públicas.

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo a situação jurídica de emprego

Situação jurídica de emprego	Nº	%
CT Funções Públicas	5	11,4
CIT por tempo indeterminado	28	63,6
CIT a termo resolutivo certo	11	25,0
Total	44	100,0

No que concerne ao serviço onde os enfermeiros em estudo desempenham funções (Tabela 7), podemos constatar que igual número (22) desempenham funções em cada serviço em análise.



Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo o serviço onde desempenham funções

Serviço onde trabalham	Nº	%
Medicina M	22	50,0
Medicina E	22	50,0
Total	44	100,0

Quanto ao tempo que os enfermeiros exercem funções no atual serviço (Quadro 6 e Tabela 8), verifica-se que a média é de  $6,57 \pm 7,1$  anos e a mediana de 3 anos, sendo o mínimo de um mês e o máximo de vinte e dois anos. A maioria (52,3%) exerce funções no atual serviço há 5 ou menos anos, seguindo-se 18,2% que exerce funções entre seis e dez anos. De referir que apenas 6,8% dos enfermeiros em estudo exerce funções no atual serviço há mais de 20 anos.

Quadro 6 - Estatística descritiva referente ao tempo de serviço dos enfermeiros no atual serviço

	$\bar{X}$	DP	Mo	Md	Mínimo	Máximo	CV
<b>Tempo no atual serviço</b>	6,57	7,1	3	3	1 M	22	91,73%

Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo que desempenham funções no atual serviço

Tempo atual serviço	Nº	%
≤5 Anos	23	52,3
6-10 Anos	8	18,2
11-15 Anos	5	11,4
16-20 Anos	5	11,4
21-25 Anos	3	6,8
Total	44	100,0

Quando questionados os enfermeiros em estudo, acerca da sua experiência anterior em supervisão clínica (Tabela 9), podemos concluir que 50% dos enfermeiros já teve experiência

anterior em supervisão clínica, sendo que para 25% foi em contexto de supervisão apenas de estudantes e igual percentagem também em supervisão de pares.

Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros segundo experiência anterior de supervisor clínico

Experiência anterior supervisor clínico	Nº	%
Não	22	50,0
Sim, supervisão de estudantes	11	25,0
Sim, supervisão de estudantes e de pares	11	25,0
Total	44	100,0

No que concerne à formação em supervisão clínica em enfermagem (tabela 10), constatou-se que apenas 15,9% referiram ter essa formação, enquanto que 84,1% não tinha.

Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros segundo se tem formação em supervisão clínica em enfermagem

Formação em supervisão clínica em enfermagem	Nº	%
Não	37	84,1
Sim, unidade curricular em contexto formativo	3	6,8
Sim, centro formação ULSM	4	9,1
Total	44	100,0

### 5.3. Caracterização das capacidades de inteligência emocional da amostra

Quanto às capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros em estudo (avaliado pela escala de capacidades da inteligência emocional de Veiga Branco), o Quadro 7, permite-nos observar os valores médios obtidos para as cinco subescalas (capacidade de autoconsciência, capacidade de gestão de emoções, capacidade de automotivação, capacidade de empatia e capacidade de gestão de relacionamentos em grupos). Assim os enfermeiros apresentavam um valor médio de 402,53, para o total da inteligência emocional, com um desvio padrão de 39,55, sendo a linha de corte de 340, podemos afirmar que os enfermeiros em estudo têm capacidades altas de inteligência emocional.

A subescala “capacidades de autoconsciência” é aquela que apresenta um valor médio mais elevado ( $\bar{X}=103,88\pm13,33$ ), a subescala “capacidades de automotivação” tem mais um item (21), contudo apresenta um valor médio mais baixo ( $\bar{X}=103,05\pm11,15$ ), o que nos permite afirmar que os enfermeiros em estudo apresentam maiores capacidades de autoconsciência do que de automotivação. Quanto à subescala “capacidades de gestão das emoções” o valor médio observado (79,74;  $\pm10,42$ ) é ligeiramente superior à linha de corte (72), o que nos permite afirmar que os enfermeiros em estudo têm moderadas capacidades de gestão das emoções.

As subescalas “capacidades de empatia” e “capacidades de gestão de relacionamentos em grupos” são aquelas que têm menor número de itens (12 e 13 respetivamente), tendo-se verificado uma média de 56,23 ( $\pm8,22$ ) na capacidade de empatia e 59,63 ( $\pm9,15$ ) na capacidade de gestão de relacionamentos em grupos. De referir que os valores médios verificados em ambas as subescalas são superiores à linha de corte, logo os enfermeiros em estudo apresentam capacidades moderadas de empatia e gestão de relacionamentos em grupos.

Quadro 7 - Estatísticas descritivas dos resultados da escala de capacidades de inteligência emocional

Capacidades da inteligência emocional	$\bar{X}$	DP	Mínimo Observado	Máximo Observado	Mínimo Possível	Máximo Possível
Capacidade da Autoconsciência	103,88	13,33	73	135	20	140
Capacidade da Gestão de Emoções	79,74	10,42	54	112	18	126
Capacidade da Automotivação	103,05	11,15	83	131	21	147
Capacidade da Empatia	56,23	8,22	40	72	12	84
Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos	59,63	9,15	40	82	14	98
Total (Inteligência Emocional)	402,53	39,55	314	486	85	595

A análise do Quadro 8, referente às estratégias de supervisão clínica e à percentagem de enfermeiros que consideram cada uma das estratégias como um contributo para potenciar/otimizar as suas capacidades de inteligência emocional, permite constatar que a estratégia de supervisão referida pela grande maioria dos enfermeiros (76,7%) foi o

“feedback”, seguido da “formação contínua” (62,8%), e com igual percentagem (55,8%) o “apoio” e a “demonstração”. Por outro lado, os enfermeiros atribuem pouca importância às estratégias de supervisão de “supervisão à distância”, (7%) e “auto supervisão” (14%) que surgem como as menos referidas.

Quadro 8 - Ordenação das estratégias de supervisão clínica que os enfermeiros consideram como um contributo para potenciar/otimizar as capacidades de inteligência emocional

Estratégias de supervisão clínica	Nº	%	Posição
Feedback	33	76.7	1ª
Formação contínua	27	62.8	2ª
Apoio	24	55.8	3ª
Demonstração	24	55.8	3ª
Análise de casos em grupos	21	48.8	5ª
Análise crítico-reflexiva das práticas	19	44.2	6ª
Observação	13	30.2	7ª
Sessões de supervisão em grupo	13	30.2	7ª
Análise de casos com o supervisionado	8	18.6	9ª
Sessões de supervisão individuais	7	16.3	11ª
Análise de documentação cuidados de enfermagem	7	16.3	11ª
Auto supervisão	6	14.0	13ª
Supervisão à distância	3	7.0	14ª

Quando solicitados os enfermeiros em estudo a justificarem, das estratégias clínicas descritas na literatura, as que consideram ser um contributo para potenciar/otimizar as suas capacidades de inteligência emocional (Quadro 9), a análise de conteúdo das respostas permitiu criar oito categorias:

- Feedback (para ajustar práticas);
- Formação contínua;
- Análise casos (discussão pela equipa);
- Reflexão sobre as práticas (reflexão sobre práticas e atitudes, relatório crítico);
- Demonstração/explicação;
- Partilha de experiências;
- Autoanálise;
- Trabalho em equipa (entre ajuda como melhor forma ultrapassar obstáculos).

Quadro 9 - Análise de conteúdo das recomendações/sugestões dos enfermeiros, no sentido de potenciar/otimizar as suas capacidades de inteligência emocional

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Feedback	“Feedback constante do supervisor” (Q111113) “Feedback para ajustar a prática e ter consciência do porquê” (Q111112) “Feedback” (Q111146)
Formação contínua	“Evolução (formação) continua” (Q111128) “Formação continua” (Q111146)
Análise de casos	“Sessões coletivas de análise de casos” (Q111113)
Reflexão sobre as práticas	“Análise critico-reflexiva para fazer reflexão sobre as atitudes” (Q111112) “Elaboração de relatórios reflexivos” (Q111113) “Analisar o que se faz” (Q111120) “Reflexão” (Q111148)
Demonstração / explicação	“Aprendemos melhor quando se explica o que se está a fazer” (Q111120) “Demonstração” (Q111123)
Partilha de experiências	“Importância da partilha de opiniões, experiências ou dificuldades” (Q111147)
Autoanálise	“... auto análise das situações e dos resultados obtidos” (Q111148)
Trabalho em equipa	“Entre ajuda entre profissionais é a melhor forma de ultrapassar obstáculos” (Q111147)

#### 5.4. Caracterização da satisfação profissional da amostra

Procedemos de seguida à caracterização da satisfação global dos enfermeiros em estudo, bem como, em função de cada dimensão (Quadro 10). O valor médio verificado para a satisfação profissional global ( $58,69 \pm 13,81$ ), permite constatar que os enfermeiros em estudo se encontram moderadamente satisfeitos.

Podemos ainda constatar que é a dimensão “superior hierárquico” onde se verifica a maior satisfação profissional, com uma média de 66,88 e um desvio padrão de 20,41, bem como atinge um mínimo de 33,3 e um máximo de 100, o que evidencia que esta dimensão se balizou entre o insatisfeito e o totalmente satisfeito. Imediatamente a seguir, a satisfação com a qualidade do local de trabalho, com uma média de  $58,92 \pm 14,24$  e a satisfação com a melhoria da qualidade, com uma média de 58,73 e um desvio padrão de 15,92. A satisfação com as relações profissionais é onde se verifica a menor satisfação, com uma média de 52,21

e um desvio padrão de 15,28, ligeiramente superior à linha de corte satisfação/insatisfação (50).

Quadro 10 - Estatísticas descritivas dos resultados da escala de satisfação profissional

Satisfação Profissional	$\bar{X}$	DP	Mínimo Observado	Máximo Observado	Mínimo Possível	Máximo Possível
Superior Hierárquico	66,88	20,41	26,70	100,0	0	100,0
Relações Profissionais	52,21	15,28	33,30	100,0	0	100,0
Qualidade do local trabalho	58,92	14,24	30,00	100,0	0	100,0
Melhoria da qualidade	58,73	15,92	27,92	100,0	0	100,0
Satisfação Global	58,69	13,81	27,92	100,0	0	100,0

Quando questionados os enfermeiros em estudo a indicarem recomendações/sugestões no sentido de aumentar a qualidade/satisfação no seu local de trabalho (Quadro 11), a análise de conteúdo das respostas permitiu criar cinco categorias (organização, liderança, profissionais de enfermagem, outros profissionais e clientes de cuidados).

Na categoria “organização” foi possível criar quatro subcategorias: recursos humanos (aumentar dotação de profissionais”, recursos materiais (mais equipamentos e ajudas técnicas), organização de espaços (remodelação do espaço físico existente) e incentivos (incentivos para os profissionais que premeiem o seu desempenho).

Quanto à categoria “planeamento”, emergiram duas subcategorias: atividades de grupo (inexistência) e gestão dos horários (diminuição carga horária e aumentar dotação pessoal por turno).

No que concerne à categoria “profissionais enfermagem” foram consideradas quatro subcategorias: motivação (motivar a equipa), trabalho em equipa (aumentar colaboração entre a equipa), formação contínua (gestão de conflitos) e gestão de equipamentos (melhorar).

Quanto aos “outros profissionais”, uma subcategoria referente a formação contínua (conhecimentos adequados às funções que desempenham).

Por último, a categoria “cliente de cuidados” com uma subcategoria “acesso à informação” foi indicado a necessidade de acesso “wifi” a todos os utentes.

Quadro 11 - Análise de conteúdo das recomendações/sugestões dos enfermeiros no sentido de aumentar a qualidade/satisfação no seu local de trabalho

CAT.	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Organização	Recursos humanos	<p>“Aumento do número de profissionais no serviço” (Q111125)</p> <p>“Aumento do número de profissionais” (Q111140)</p> <p>“Maior número de profissionais do serviço face ao trabalho existente” (Q111148)</p>
	Recursos materiais	<p>“Mais ajudas técnicas de promoção do autocuidado dos doentes” (Q111113)</p> <p>“Mais equipamentos de prevenção de úlceras de pressão” (Q111113)</p> <p>“Mais aparelhos de monitorização cardiorrespiratória” (Q111113)</p> <p>“Camas elétricas” (Q111146)</p>
	Organização dos espaços	<p>“Remodelação da sala de trabalho” (Q111146)</p> <p>“Remodelação da ala por forma ao gabinete/secretaria ser na ala M e não perto da ala de urologia” (Q111146)</p> <p>“Mais espaço nas boxes que contemplam 3 camas por forma a existir apenas 2” (Q111146)</p>
	Incentivos	<p>“Implementação de benefícios/incentivos para os profissionais ao serem atingidos ou superados os indicadores de qualidade do serviço (previamente determinados)” (Q111148)</p>
Planeamento	Atividades em grupo	<p>“inexistência de atividades de grupo” (Q111120)</p>
	Gestão dos horários	<p>“Diminuição da carga horária (Q111120)</p> <p>“O aumento do número de horas positivas no horário prejudica a qualidade dos cuidados” (Q111125)</p> <p>“Aumentar o número de enfermeiros por turno” (Q111126)</p>
Profissional (Enfermeiro)	Motivação	<p>“Motivação da equipa” (Q111112)</p>
	Trabalho em equipa	<p>“Promover o trabalho em equipa” (Q111112)</p> <p>“Mais colaboração entre colegas” (Q111155)</p>
	Formação contínua	<p>“Formação na gestão de conflito” (Q111112)</p>
	Reflexão práticas	<p>“Reflexão sobre as práticas de cuidados (o que mudar?)” (Q111112)</p>
	Gestão equipamentos	<p>“Melhorar a gestão dos equipamentos” (Q111155)</p>
Outros profissionais	Formação contínua	<p>“Dotar os assistentes operacionais de conhecimentos adequados às funções que desempenham” (Q111126)</p>
Cliente cuidados	Acesso à informação	<p>“Acesso WIFI a todos os utentes” (Q111113)</p>





## 6. ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses de investigação.

H1. A satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme a idade.

Ao relacionarmos a satisfação profissional dos enfermeiros com a sua idade (correlação de Pearson), em termos globais, observa-se uma tendência para a idade se correlacionar negativamente com a sua satisfação profissional, contudo essa diferença não é estatisticamente significativa ( $r=-0,023$ ;  $p=0,198$ ).

Quando fazemos a análise por dimensões: verificamos que a correlação é negativa em todas as dimensões, contudo só é estatisticamente significativa na dimensão “melhoria da qualidade” ( $r=-0,353$ ;  $p=0,022$ ). O que nos leva a aceitar parcialmente a primeira hipótese de investigação: consoante aumenta a idade dos enfermeiros diminui a sua satisfação profissional, nomeadamente, no que concerne à melhoria da qualidade.

Quadro 12 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a satisfação profissional dos enfermeiros e a sua idade

Satisfação Profissional/Idade	r	p
Superior Hierárquico	-0,153	0,327
Relações Profissionais	-0,107	0,495
Qualidade do local trabalho	-0,186	0,233
<b>Melhoria da qualidade</b>	<b>-0,353</b>	<b>0,022</b>
Satisfação Global	-0,203	0,198

## H2. A satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme género.

No estudo conjunto da informação referente à satisfação profissional dos enfermeiros e o género (Quadro 13), podemos verificar que; os homens obtiveram valores médios mais elevados para a satisfação profissional global e na dimensão relações profissionais que as suas pares mulheres. Contudo devemos salientar uma grande homogeneidade nos valores médios obtidos para ambos os grupos. Com o intuito de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizamos o teste t de student para amostras independentes. Como os valores de “p” são sempre superiores ao nível significância fixado ( $\alpha=0,05$ ), considerando desta forma que o género não tem poder explicativo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros, o que nos permite concluir que não se confirma estatisticamente a segunda hipótese de investigação.

Quadro 13 - Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, ao género e a satisfação profissional dos enfermeiros

Género	Feminino (n=39)		Masculino (n=4)		t      p	
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP		
Satisfação Profissional						
Superior Hierárquico	67,31	18,19	62,76	28,99	0,451	0,654
Relações Profissionais	51,62	13,51	58,07	30,13	-0,801	0,428
Qualidade do local trabalho	59,00	12,63	58,11	28,10	0,118	0,907
Melhoria da qualidade	58,56	15,26	56,18	28,06	0,273	0,786
Satisfação Global	58,53	11,034	59,19	28,43	-0,097	0,924

## H3. A satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme o tempo de experiência profissional

Para verificar se existe correlação entre a satisfação profissional dos enfermeiros e o tempo de experiência profissional, utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson (Quadro 14).

Verificamos que se observa uma tendência para a satisfação profissional dos enfermeiros se correlacionar de forma negativa ( $r = -0,147$ ;  $p=0,354$ ). O que nos permite afirmar que a satisfação profissional global dos enfermeiros tende a diminuir com o tempo de experiência profissional, contudo essa relação não é estatisticamente significativa. Esta tendência mantém-se quando fazemos a análise por dimensões, contudo verificamos que a correlação passa a ser estatisticamente significativa na dimensão melhoria da qualidade ( $r= -0,313$ ;  $p=0,044$ ); o que nos leva a aceitar parcialmente a terceira hipótese de investigação: a satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme o tempo de experiência profissional, nomeadamente no que se refere à melhoria da qualidade.

Quadro 14 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a satisfação profissional dos enfermeiros e o tempo de experiência profissional

Satisfação Profissional/ tempo de experiência profissional	r	p
Superior Hierárquico	-0,072	0,645
Relações Profissionais	-0,092	0,556
Qualidade do local trabalho	-0,143	0,632
<b>Melhoria da qualidade</b>	<b>-0,313</b>	<b>0,044</b>
Satisfação Global	-0,147	0,354

H4. A satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme as experiências anteriores de Supervisão Clínica

O estudo conjunto da informação referente à satisfação profissional dos enfermeiros e o fato de possuírem experiências anteriores de supervisão clínica, permite-nos constatar que, os enfermeiros que não tiveram experiência anterior de supervisão clínica, apresentam um valor médio mais elevado que os seus pares, que têm essa experiência para a satisfação profissional global, bem como em todas as suas dimensões. Contudo, a aplicação do teste t de student permite-nos verificar que essas diferenças não são estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ), o que nos leva a refutar a quarta hipótese de investigação.

Quadro 15 - Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, a satisfação profissional dos enfermeiros e a sua experiência anterior de supervisão clínica

Experiência anterior de supervisão clínica/ Satisfação profissional	Não (n=22)		Sim (n=21)		t	p
	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP		
Superior Hierárquico	68,74	22,14	64,94	15,37	0,649	0,520
Relações Profissionais	54,86	17,35	49,45	12,60	1,164	0,251
Qualidade do local trabalho	59,93	15,89	57,86	12,72	0,471	0,640
Melhoria da qualidade	59,28	18,80	57,38	13,95	0,373	0,711
Satisfação Global	60,05	14,62	57,13	11,34	0,721	0,475

H5. As capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros diferem conforme a idade

Ao relacionarmos a idade dos enfermeiros com as suas capacidades de inteligência emocional (correlação de Pearson), observa-se uma tendência para a idade dos enfermeiros se correlacionar positivamente com as suas capacidades de inteligência emocional (exceção da dimensão capacidades de empatia), ou seja, consoante aumenta a idade dos enfermeiros estes tendem a evidenciar mais capacidades de inteligência emocional. Contudo, a diferença encontrada não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ). O que nos leva a rejeitar a quinta hipótese de investigação: as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros diferem conforme a idade.

Quadro 16 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a idade dos enfermeiros e as suas capacidades de inteligência emocional

Capacidades de inteligência emocional/idade	r	p
Capacidade da Autoconsciência	0,119	0,448
Capacidade da Gestão de Emoções	0,162	0,298
Capacidade da Automotivação	0,277	0,072
Capacidade da Empatia	-0,011	0,944
Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos	0,046	0,772
Total (Inteligência Emocional)	0,169	0,272

H6. As capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros diferem conforme o género

No estudo conjunto da informação referente às capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros e o género (Quadro 17), podemos verificar que; os homens obtiveram médias mais elevadas para o total das capacidades de inteligência emocional, bem como na maioria das suas dimensões, com exceção da dimensão “capacidade da gestão de emoções” e “capacidade da empatia” que as suas pares mulheres. Com o intuito de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizamos o teste t de student para amostras independentes. Como os valores de “p” são sempre superiores ao nível significância fixado ( $\alpha=0,05$ ), considerando desta forma que não existe diferença estatisticamente significativa em relação ao género, o que nos permite concluir que o género não tem poder explicativo sobre as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, assim, rejeitamos a sexta hipótese de investigação, que afirma que, o género influencia as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros.

Quadro 17 - Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, ao género e às capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros

Género	Feminino (n=39)		Masculino (n=4)		t	p
	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP		
Capacidade de inteligência emocional						
Capacidade da Autoconsciência	103,00	12,53	112,50	19,74	-1,372	0,178
Capacidade da Gestão de Emoções	79,95	10,81	77,75	5,68	0,398	0,693
Capacidade da Automotivação	102,97	10,93	103,75	14,10	-0,131	0,896
Capacidade da Empatia	56,26	8,52	56,00	4,97	0,059	0,953
Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos	59,20	8,68	63,75	13,86	-0,945	0,350
Total (Inteligência Emocional)	401,38	38,93	413,75	50,14	-0,591	0,558

H7. As capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros diferem conforme o tempo de experiência profissional

Pela observação e análise do Quadro 18, que relaciona as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, com o seu tempo de experiência profissional (correlação de Pearson), concluímos que, não existe correlação estatisticamente significativa entre as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros e o seu tempo de experiência profissional (para um nível de significância de 0,05), o que nos leva a rejeitar a sétima hipótese de investigação.

Quadro 18 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros e o tempo de experiência profissional

Capacidades de inteligência emocional/ tempo de experiência profissional	r	p
Capacidade da Auto-consciência	0,029	0,854
Capacidade da Gestão de Emoções	0,075	0,631
Capacidade da Auto-motivação	0,251	0,105
Capacidade da Empatia	0,035	0,824
Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos	-0,012	0,938
Total (Inteligência Emocional)	0,105	0,504

H8. As capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros diferem conforme as experiências anteriores de supervisão clínica

A fim de verificarmos se existe ou não diferença significativa entre as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros e, se tiveram experiências anteriores de supervisão clínica, utilizámos o teste t de student para amostras independentes. Pela análise do Quadro 19, podemos constatar que os enfermeiros que tiveram experiências anteriores de supervisão clínica evidenciam maiores capacidades de inteligência emocional, que os seus pares sem experiência de supervisão clínica (valores médios mais elevados no total e em todas as dimensões, à exceção das capacidades de auto motivação e de empatia). Contudo, as diferenças verificadas não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ), assim refutamos H8.

Quadro 19 - Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros e a sua experiência anterior de supervisão clínica

Experiência anterior de supervisão clínica/ Capacidade de Inteligência Emocional	Não (n=21)		Sim (n=22)		t      p	
	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP		
Capacidade da Autoconsciência	105,52	13,72	102,32	13,06	0,785	0,437
Capacidade da Gestão de Emoções	80,19	9,610	79,32	11,34	0,271	0,787
Capacidade da Automotivação	102,62	10,38	103,45	12,06	-0,243	0,809
Capacidade da Empatia	55,67	8,27	56,77	8,32	-0,437	0,664
Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos	61,19	9,78	58,14	8,46	1,096	0,279
Total (Inteligência Emocional)	405,19	40,67	400,00	39,24	0,426	0,672

H9. A satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme as suas capacidades de inteligência emocional

Ao observarmos a forma como a satisfação profissional dos enfermeiros se relaciona com as suas capacidades de inteligência emocional (correlação de Pearson), observa-se uma tendência para o total da satisfação profissional dos enfermeiros e em todas as suas dimensões, se correlacionar positivamente com as suas capacidades de inteligência emocional. Como os valores de significância determinados foram superiores ao nível de significância estabelecido ( $\alpha=0,05$ ), concluímos que a correlação encontrada não é significativa ou, por outras palavras, refutamos a nona hipótese de investigação.



Quadro 20 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a satisfação profissional dos enfermeiros e as suas capacidades de inteligência emocional

Satisfação Profissional/ Inteligência Emocional	Superior Hierárquico		Relações Profissionais		Qualidade do local trabalho		Melhoria da qualidade		Satisfação Global	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Capacidade da Autoconsciência	0,141	0,372	0,208	0,186	0,245	0,118	0,243	0,121	0,263	0,093
Capacidade da Gestão de Emoções	0,152	0,337	0,032	0,838	0,175	0,268	0,233	0,137	0,191	0,226
Capacidade da Automotivação	0,059	0,711	0,196	0,213	0,269	0,085	0,134	0,397	0,187	0,236
Capacidade da Empatia	0,079	0,621	-0,104	0,513	0,205	0,192	0,198	0,208	0,100	0,257
Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos	-0,116	0,463	-0,020	0,901	0,194	0,218	0,149	0,347	0,048	0,764
Total (Inteligência Emocional)	0,094	0,555	0,115	0,468	0,291	0,061	0,257	0,100	0,223	0,156



## 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados impõem-se dar resposta aos objetivos do nosso estudo. Assim, a discussão dos dados permitiu-nos referir aquilo que, empiricamente, foi o mais evidente e que importa salientar. Antes de mais, a discussão dos resultados permitiu-nos compreender os dados recolhidos e estabelecer a ligação com as conceptualizações de índole teórica que deram suporte à nossa investigação.

Ao analisar os resultados deste estudo, não obstante a presença e/ou ausência de relação entre as variáveis, detetamos algumas associações dignas de referência, baseadas nos resultados predominantes da amostra.

A amostra do estudo é composta maioritariamente mulheres (90,9%), com idades compreendidas entre os 22 e os 49 anos de idade ( $\bar{X}=34,11\pm7,49$ ) que exercem a profissão de enfermagem em média há 10,7 anos. No que concerne ao seu título profissional, a maioria possui o título de Enfermeiro (84,1%) e como habilitações académicas apenas possuem a licenciatura (72,7%). Relativamente ao tipo de vínculo, os enfermeiros trabalham maioritariamente em regime de CIT por tempo indeterminado (63,6%), constituindo um resultado esperado atendendo às alterações na carreira profissional que ocorreram a partir de 2005, devidas às políticas de contenção de despesas públicas, que reduziram drasticamente a entrada de efetivos nos quadros da função pública, admitindo profissionais através de CIT.

O facto desta amostra ser predominantemente do sexo feminino é um resultado que não nos surpreendeu, uma vez que vai ao encontro das estatísticas para a população de enfermeiros portugueses que aponta para a maioria ser do sexo feminino.

Os participantes do estudo dividem-se em igual número pelos dois serviços em estudo, sendo o tempo de exercício profissional no atual serviço é em média de 6,57 anos. A baixa percentagem de enfermeiros especialistas existentes na amostra está de acordo com os pressupostos apresentados pela OE (2005) que afirma que desde o ano de 1999 até 2003 não houve formação especializada verificando-se, por consequência, uma diminuição do número

de enfermeiros especialistas. Por outro lado, a própria conjuntura económica atual do país, os baixos salários dos profissionais e a não existência de progressão nas carreiras há mais de uma década, leva a que poucos profissionais acedam à formação especializada e, consequentemente, hajam poucos profissionais muito qualificados nos serviços. Por outro lado, as duas categorias de enfermeiros definidas no Decreto Lei nº 248/2009, que regula a nova carreira de enfermagem na função pública, define apenas dois níveis de prestação: enfermeiro e enfermeiro principal. Carreira essa que nunca se concretizou, uma vez que os concursos para enfermeiro principal nunca aconteceram, impedindo aos profissionais o seu acesso.

Relativamente às experiências anteriores enquanto supervisor clínico verificamos que não existe diferença entre os que tiveram essa experiência a nível da supervisão de pares e os que a tiveram, embora 81% dos enfermeiros afirme não possuir qualquer formação em supervisão clínica. Conforme nos refere Bishop (1994) este facto é explicado por alguma resistência por parte dos profissionais de enfermagem à implementação da SC, muito embora, a resistência seja uma componente inevitável do processo de mudança. Também estamos convictos que a conjuntura económica do país possa ter tido influência neste fator, devida essencialmente à contenção de custos.

No que concerne às capacidades de inteligência emocional nos enfermeiros em estudo, verificamos que revelam capacidades altas de inteligência emocional, sendo a subescala “capacidades de autoconsciência” a que apresenta um valor médio mais elevado ( $\bar{X}=103,88\pm13,33$ ) e a subescala “capacidades de automotivação” um valor médio mais baixo ( $\bar{X}=103,05\pm11,15$ ). Podemos, assim, inferir que os enfermeiros que participaram no estudo apresentam maiores capacidades de autoconsciência do que de automotivação. Observamos também que os valores médios verificados nas subescalas “capacidades de empatia” e “capacidades de gestão de relacionamentos em grupos” demonstram que os enfermeiros em estudo apresentam capacidades moderadas de empatia e gestão de relacionamentos em grupos ( $\bar{X}=56,23\pm8,22$ ;  $59,63\pm9,15$ ), respetivamente.

Das estratégias identificadas como potenciadoras das capacidades de inteligência emocional, foram referidas com maior frequência o “Feedback”, a “Formação continua”, o “Apoio” e a “Demonstração”. Tal como nos refere Alarcão e Tavares (2007) e Garrido et al. (2008), estas são também identificadas como estratégias de supervisão relevantes na formação de profissionais competentes a nível reflexivo, tais como, a formulação de questões reflexivas, a análise de casos, a demonstração e a auto supervisão, através da qual o individuo adquire

conhecimento acerca de si próprio e da sua atuação. Esta afirmação é também corroborada por Pinto et al. (2017), referindo que a supervisão deve basear-se em estratégias como a observação, demonstração, feedback e metodologias de suporte, favorecendo a reflexão para o crescimento e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades no supervisionado. A utilização destas estratégias, permite ao supervisor objetivamente planejar, organizar e avaliar seu desempenho e objetivos para o supervisionado, apoiando e contribuindo para o sucesso da supervisão das práticas. No entanto, para Garrido et al. (2008), estas estratégias não devem ser mutuamente exclusivas, elas complementam-se, pelo que o supervisor tem o dever de averiguar cada uma delas tendo por base os objetivos e a individualidade de cada supervisionado.

Já a satisfação profissional da amostra, apresenta um valor médio, que nos permite constatar que os enfermeiros em estudo se encontram moderadamente satisfeitos ( $\bar{X}=58,69\pm13,81$ ). A dimensão “superior hierárquico” é aquela em que se verifica a maior satisfação profissional ( $\bar{X}=66,88\pm20,41$ ), embora esta dimensão se tenha balizado entre o insatisfeito e o totalmente satisfeito. Imediatamente a seguir aparece a “qualidade do local de trabalho” ( $\bar{X}=58,92\pm14,24$ ). A satisfação com as “relações profissionais” é onde se verificam os menores valores de satisfação ( $\bar{X}=52,21\pm15,28$ ). Existem autores que têm encontrado nos seus estudos resultados divergentes, outros em concordância, dependendo de fatores intrínsecos ou extrínsecos, que poderão afetar diretamente a satisfação profissional dos enfermeiros, conforme nos afirmam Cura e Rodrigues (1999), Lu et al. (2005), Cerdeira (2010) e Tovey e Adams (1999). Estes autores identificam as relações profissionais como fatores dominantes que influenciam a satisfação dos enfermeiros.

Já para Ferreira (2011) as dimensões da satisfação profissional que têm um papel preditor maior, na satisfação profissional global e na intenção de *turnover*, são a “melhoria contínua da qualidade” bem como as “características laborais” e o “local de trabalho e equipamento”, apresentando um papel preditor na satisfação global. Também Moura (2012), refere que um ambiente de trabalho seguro, com luminosidade adequada, salubre e com ferramentas apropriadas ao desenvolvimento das funções, acaba por ser um ambiente motivador à prática de bons cuidados.

Relativamente à satisfação profissional relativa ao “superior hierárquico” Carvalho (2014), corrobora esta ideia quando afirma que ambientes de trabalho inseguros se associam a fatores como a pressão e *stress* elevado, falta de apoio dos gestores e colegas, falta de controlo sobre a prática, horário de trabalho inadequado, liderança e dotações desajustadas.

Os enfermeiros, quando repetidamente expostos a estes fatores, apresentam níveis mais elevados de fadiga e de exaustão e diminuição da produtividade e da motivação.

Tendo como mote as recomendações/sugestões dos enfermeiros no sentido de aumentar a qualidade/satisfação no seu local de trabalho, a análise de conteúdo das respostas permitiu criar oito categorias, sendo as mais representativas, a “reflexão sobre as práticas” e o “feedback”, práticas também mencionadas por autores como Alarcão e Tavares (2007) e Garrido et al. (2008).

Quanto ao género, os homens estão mais satisfeitos com o trabalho ( $\bar{X}=59,19\pm28,43$ ) e possuem médias mais elevadas para as capacidades de inteligência emocional ( $\bar{X}=413,75\pm50,14$ ), embora as diferenças encontradas não sejam estatisticamente significativas.

Um outro aspeto que nos pareceu relevante, é o facto de que consoante aumenta a idade dos enfermeiros estes tendem a evidenciar uma menor satisfação profissional, nomeadamente, na melhoria da qualidade ( $r=-0,353$ ;  $p=0,022$ ). O mesmo se verifica em relação ao tempo de experiência profissional ( $r=-0,313$ ;  $p=0,044$ ). O decréscimo da satisfação no trabalho pode justificar-se devido às condições de trabalho atuais e ao clima organizacional (que tende a piorar ao longo dos tempos), afetando assim, a motivação do profissional e contribuindo para o seu descontentamento no que concerne à melhoria da qualidade dos cuidados.

Surpreendeu-nos verificar que não existe relação estatisticamente significativa entre as capacidades de inteligência emocional nos enfermeiros e a sua satisfação no trabalho, o que nos leva a pensar que a satisfação no trabalho não dependerá tanto da inteligência emocional de cada enfermeiro, mas sim da qualidade das relações interpessoais existentes no contexto laboral.

## 8. CONCLUSÃO

A SCE é uma área que tem despertado na atualidade grande interesse tanto ao nível institucional, como na investigação, mas também nos profissionais de enfermagem em geral, pois reconhecem as suas potencialidades no desenvolvimento de competências, apoio, e orientação, que determinam a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, melhoram o seu bem-estar, potenciando a satisfação profissional e desenvolvendo a sua competência emocional.

A SCE constitui-se como uma importante ferramenta de governação clínica, uma vez que melhora a qualidade, assegurando a gestão do risco e do desempenho e, cria sistemas de responsabilidade. Estimula ainda, uma reflexão mais profunda sobre a prática clínica, o que leva à melhoria da qualidade dos cuidados e contribui para a gestão do risco clínico.

A nível organizacional a SCE também adquire contornos de grande importância, pelas implicações que pode ter na promoção de processos de qualidade através da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Segundo o *Royal College of Nursing* (2003), a SCE fomenta a tomada de decisão autónoma do enfermeiro, com o recurso a processos de reflexão e análise da prática clínica, procurando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados prestados.

A apresentação, análise e discussão dos resultados encontrados neste estudo recebeu os contributos da revisão da literatura existente, assim como os resultados de outros estudos, permitindo desta forma, não só fazer o paralelismo entre os resultados, mas também, permitir uma melhor interpretação e compreensão dos mesmos.

Foi objetivo deste estudo efetuar a reflexão acerca da influência das variáveis sociodemográficas e profissionais, de modo a perceber como é que se comportavam em relação à satisfação profissional dos enfermeiros, bem como com as suas capacidades de inteligência emocional.

Existem limitações subjacentes à realização e desenvolvimento deste estudo, e que consideramos pertinente serem apontadas. Considera-se que a principal limitação se prende com o caráter exploratório do mesmo e com a fraca representatividade da classe de

enfermeiros que representa, pela dimensão reduzida da amostra, o que à partida, limita o campo das generalizações. Por outro lado, o recurso ao questionário de resposta individual, contém a possibilidade de os participantes selecionarem as respostas que consideram mais favoráveis e aceites socialmente, em detrimento da sua real posição perante elas.

A análise dos resultados permitiu-nos concluir que os enfermeiros em estudo se encontram moderadamente satisfeitos, embora seja na dimensão “superior hierárquico”, que se verifica a maior satisfação profissional.

Reconhece-se que a satisfação profissional dos enfermeiros difere conforme a idade e o tempo de experiência profissional (no que concerne à melhoria da qualidade), sendo estas as únicas hipóteses que se confirmaram, embora de forma parcial no nosso estudo. As restantes hipóteses não foram confirmadas, o que nos leva a pensar na necessidade de desenvolvimento de novos estudos nesta área temática, por forma a identificar com maior clareza, quais as variáveis moderadoras, que contribuem para a satisfação no trabalho e para a inteligência emocional. O reduzido número de participantes, neste estudo poderá constituir para a explicação dos resultados obtidos.

Consideramos ser útil, em investigações futuras, a utilização de amostras mais abrangentes, estudos comparativos entre vários contextos profissionais onde se cruzem outras variáveis acerca das características da população cuidada e onde se considere, não só os dados sociodemográficos, mas também os clínicos (número de dias de internamento, número de mortes por doença, complicações e comorbilidades da doença, entre outras). A realização de estudos prospetivos que avaliem a satisfação profissional dos enfermeiros deve também ser considerada.

Estamos convictos que no âmbito do Projeto C-S2AFECARE-Q, este estudo constituirá um contributo relevante, tanto ao nível do diagnóstico de situação, o qual se propunha fazer inicialmente, tanto a nível comparativo que poderá trazer contributos válidos para a definição de um modelo de aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências na área da supervisão e da promoção da qualidade de cuidados prestados aos clientes, nas unidades hospitalares onde se insere e decorre.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Abreu, W. 2007.** *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas.* Coimbra : Formasau - Formação e saúde Lda., 2007.

**Abreu, W. 2002.** Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais.* 2002, Vol. 45, pp. 53-57.

**Abreu, W. 2003.** *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra : Formasau - Formação em saúde Lda., 2003.

**Alarcão, I e Tavares, J. 2007.** *Supervisão da prática pedagógica- uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem.* 2ª Ed. Coimbra : Almedina, 2007.

**Bardin, L. 2013.** *Análise de conteúdo.* Coimbra : Edições 70, 2013.

**Benner, P. 2001.** *De iniciado a perito.* Coimbra : Quarteto Editora., 2001.

**Bester, C.L. e Engelbrecht, M.C. 2009.** Job satisfaction and dissatisfaction of professional nurses in primary health care facilities in the free state province of South Africa. *Africa Journal of Nursing and Midwifery.* 2009, Vol. 11 (1), pp. 104-117.

**Bishop, V. 1994.** Clinical Supervision for an accountable profession. *Clinical Supervision.* 1994, Vol. 90 nº39, pp. 35-37.

**Bontis, N., Richards, D. e Serenko, A. 2011.** Improving service delivery: Investigating the role of information sharing, job characteristics, and employee satisfaction. *The learning organization.* 18, (3) de 2011, pp. 239-250.

**Branco, A. 2004.** *Competência emocional.* [ed.] Nova Era: Educação e sociedade. s.l. : Quarteto, 2004. Vol. 21.

**Caetano, A. 2007.** *Formação e mudança organizacional: mudanças alfa, beta e gama.* Lisboa. Lisboa : Livros Horizonte, 2007.

**Campuzano, T. e Campo, M. 2017.** Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalares: Emotional intelligence and stress management in Nursing professionals in a hospital emergency department. *Enfermería Clínica.* ELSEVIER, 2017, Vols. Volume 27, Issue 3, Maio–Junho 2017, Pag. 172-178.

**Carvalho, F. 2014.** *A satisfação profissional dos enfermeiros no contexto dos cuidados de saúde primários.* Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Dissertação de Mestrado.

**Castro, J., et al. 2011.** Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Revista Portuguesa da Saúde Publica.* 29(2), 2011, pp. 157-172.

- Cerdeira, J. 2010.** *Avaliação da satisfação dos profissionais do ACES Baixo Vouga II*. Aveiro : Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de mestrado.
- Cervo, A. Luiz e Bervian, P. Alcino. 1993.** *Metodologia Científica: para uso dos estudantes*. 3. s.l. : McGraw-Hill, 1993. São Paulo.
- Cherniss, C. 2000.** *Emotional Intelligence: What it is and Why it Matters*. s.l. : Annual Meeting, 2000.
- Chiavenato, I. 1997.** *Recursos Humanos*. 4ª. São Paulo : Atlas, 1997.
- Chu, C., et al. 2003.** Job satisfaction of hospital nurses: an empirical test of a causal model in Taiwan. *International Nursing Review*. 50, (3) de 2003, pp. 176-182.
- Coelho, L. 2012.** Scielo Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. [Online] (8) de 2012. [Citação: 25 de setembro de 2018.] [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602012000200003](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000200003).
- Correia, M. 2016.** *Satisfação profissional dos enfermeiros*. Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2016. Dissertação de Mestrado.
- Costa, A. e Faria, L. 2009.** A inteligência emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o questionário de competência emocional. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto : Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia., 2009.
- Cunha, M., et al. 2007.** *Manual de comportamento organizacional e gestão*. 6ª ed. Lisboa : Editora RH, 2007.
- Cunha, M., et al. 2006.** *Manual de comportamento organizacional e gestão*. 5ª Edição - Revista e Atualizada. Lisboa : RH Editora, 2006.
- Cunha, M., et al. 2007.** *Manual de comportamento organizacional e gestão*. [ed.] RH. 6. Lisboa : s.n., 2007.
- 1990.** Decreto-Lei nº48/90 de 24 de agosto. *Diário da República nº 185/90 - I Série A*. Lisboa : Ministério da Saúde, 1990.
- Fernandes, C. 2005.** *Desempenho docente: competências pedagógicas, emocionais e de gestão da informação*. Aveiro : Universidade de Aveiro, 2005. Tese de Mestrado.
- Ferreira, M. e Sousa, L. 2006.** Satisfação no Trabalho e comportamentos estratégicos. *Revista portuguesa de enfermagem*. 6, 2006, pp. 37-46.
- Ferreira, V. 2011.** *A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de Braga*. Porto : Faculdade de Economia da Universidade do Porto, 2011. Dissertação de Mestrado.
- Fortin, M. 2003.** *O processo de investigação - Da concepção à realização*. 3. Loures : Lusociência, 2003.
- Garrido, A. 2004.** *A supervisão Clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Aveiro : Universidade de Aveiro, 2004. Tese de Mestrado.
- Garrido, A., Simões, J. e Pires, R. 2008.** *Supervisão Clínica em Enfermagem - Perspetivas Práticas*. Aveiro : Universidade de Aveiro, 2008. p. 15. 978-972-789-266-2.

- Gil, A. 1995.** *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo : Atlas, 1995.
- Goleman, D. 2003.** *Inteligencia Emocional*. 12ª. Lisboa : Temas e debates, 2003. p. 54.
- Gil, A. 2012.** *Inteligência emocional*. [trad.] Mario Dias Correia. 17ª. Lisboa : Temas e debates, 2012. 978-989-644-090-9.
- Gil, A. 2000.** The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace. [ed.] Jossey-Bass. 2000, pp. VII-XV.
- Goleman, D., Boyatzis, R. e McKee. 2002.** A Inteligência Emocional. *Os Novos Líderes*. 2002.
- Hoffman, A. 2000.** *Role Stress and Career Satisfaction Among Registered Nurses by Work Shift Patterns*. Kirkhof School of Nursing, Grand Valley State University. 2000. Tese de Mestrado.
- Koivu, A. e P. Saarinen, K. Hyrkäs. 2012.** Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2012, Vol. 21, pp. 2567-2578.
- Lu, H., While, A.. e Barribal, L. 2005.** Job satisfaction among nurses: a literature. *International journal of nursing studies*. 42, (2) de 2005, pp. 2011-227.
- Macedo, A. 2012.** *Supervisão em Enfermagem*. Vila Nova Famalicão : De Facto Editores, 2012. Vol. 1ª Edição. 978-989-8557-01-08.
- Macedo, A. 2012.** *Supervisão em enfermagem: construir as interfaces entre a escola e o hospital*. Santo Tirso, Portugal : De Facto Editores, 2012.
- Maia, P. e Abreu, W. 2004.** *Supervisão clínica em enfermagem: Uma abordagem centrada na reflexão, formação e qualidade das práticas*. Matosinhos : Hospital Pedro Hispano, 2004.
- Martin, D. e Boeck, K. 1999.** *QE - O que é a inteligência emocional*. 2ª. Lisboa : Pergaminho, 1999. 927-711-157-2.
- Mayer, J. e Salovey, P. 1995.** Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. 1995, pp. 197-208.
- Mayer, J. e Salovey, P. 1997.** What is emotional intelligence? P. Salovey, & D. Sluyter, 1997.
- Mayer, J., Salovey, P. e Caruso, D. 2000.** Models of Emotional Intelligence. [ed.] Cambridge University. R. Sternberg, *Handbook of Intelligence*. 2000, pp. 396-420.
- Melo, M., Barbosa, M. e Souza, P. 2011.** Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. jul.-ago., 2011, 19(4):(09 telas).
- Moura, S. 2012.** *Satisfação dos profissionais de enfermagem*. Bragança : Instituto Politécnico de Bragança, 2012. Dissertação de Mestrado.
- Oliveira, J., et al. 2017.** Professional Satisfaction of Nurses Working in Operating Room of a Hospital School. [ed.] International Medical Society. *International archives of Medicine section: Global health & health Policy*. 2017, Vol. 10 Nº111.
- Ordem dos Enfermeiros. 2007.** *Desenvolvimento Profissional. Certificação de competências - Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*. Lisboa : OE, 2007.

**Ordem dos Enfermeiros. 2010.** *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa : s.n., 2010. p. 5.

**Ordem dos Enfermeiros. 2001.** *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa : Divulgar, 2001.

**Pereira, A. 2010.** *Fatores de satisfação profissional dos técnicos de diagnóstico e terapêutica*. Covilhã : Universidade da Beira Interior, Departamento de Gestão e Economia, 2010. Dissertação de Mestrado.

**Pinto, D., et al. 2017.** Relevance of indicators of clinical supervision strategies in nursing . *Rev Ren*. Jan-Fev;18 (1), 2017, pp. 19-25.

**Polit, D. e Hungler, B. 1995.** *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-X.

**Rego, A. e Fernandes, C. 2005.** *Inteligência Emocional: desarrollo y validación de un instrumento de medida*. s.l. : Interamericana de psicología, 2005. pp. 1-184. Vol. 39.

**Rocha, I. 2013.** *Construção e validação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado.

**Rocha, I. 2017.** Formulário de Proposta de Tese - Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2017.

**Rocha, I. 2017.** Questionário C-S2AFECARE-Q- Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados. Porto : Escola superior de Enfermagem do Porto, 2017.

**Royal College of Nursing. 2003.** Clinical supervision in the workplace-Guidance for occupational health nurses. [Online] Dezembro de 2003. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-001549>. 020 7409 3333.

**Sá-Chaves, I. 1994.** *A construção do conhecimento pela análise reflexiva da praxis - Tese de doutoramento*. Aveiro : Departamento de didática e tecnologia - Universidade de Aveiro, 1994.

**Sá-Chaves, I. 2000.** *Formação, Conhecimento e Supervisão*. Aveiro : Imprensa de Coimbra, 2000. 972-789-011-3.

**Sá-Chaves, I. 2000.** *Formação, Conhecimento e Supervisão*. Aveiro : Universidade de Aveiro, 2000.

**Seo, Y., Ko, J. e Price, J. 2004.** The determinants of job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea. *International Journal of Nursing Studies*. 41, (4) de 2004, pp. 437-446.

**Simões, J. 2004.** *Retrato político da saúde - Dependência do percurso e Inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho*. Coimbra : Almedina, 2004.

**Utriainen, K. e Kyngas, H. 2009.** Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *Journal of Nursing Management*. 17, (8) de 2009, pp. 1002-1010.

**Vilela, A. 2006.** Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida. s.l. : Universidade de Aveiro, 2006. Dissertação de Mestrado.



## ANEXOS

## ANEXO I

### Instrumento de colheita de dados



## ANEXO II

Carta de Parceria entre a ULSM e a ESEP

### ANEXO III

Solicitação ao Conselho de Administração da ULSM para a implementação do estudo  
“Autocuidado como indicador de supervisão clínica em enfermagem: Contributo para a  
segurança e qualidade dos cuidados”

#### ANEXO IV:

Adenda ao Protocolo interinstitucional para integrar novos investigadores

## ANEXO V

Autorização da Comissão de Ética Hospitalar

## ANEXO VI

Autorização dos autores dos questionários